

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1979 - N° 182

**LES HEMORRAGIES DIGESTIVES
DU SUJET AGE DE 70 ANS ET PLUS.
A propos de 172 observations.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 16 Mai 1979

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Georges THOLENCE

né le 29 Avril 1952

au PUY (Haute-Loire)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554211_0009

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1979 - N°

**LES HEMORRAGIES DIGESTIVES
DU SUJET AGE DE 70 ANS ET PLUS.**

A propos de 172 observations.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 16 Mai 1979

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Georges THOLENCE

né le 29 Avril 1952

au PUY (Haute-Loire)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

M. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1970 - 1971

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES
DU SUJET AGE DE 70 ANS ET PLUS.
A propos de 173 observations.



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 Mai 1970

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Georges THOLANCE

né le 29 Avril 1932

au PUY (Haute-Loire)

— UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I —

Président de l'Université	M. le Professeur D. GERMAIN
Vice Président	M. le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice Président	M. E. OUDIN
Troisième Vice Président	Melle. A. ECHALLON
Secrétaire Général	M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

Médecine : GRANGE BLANCHE	M. le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS CARREL	M. le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST	M. le Professeur J. NORMAND
LYON NORD	Directeur : M. le Docteur J.P. NEIDHARDT
	Directeur honoraire : M. le Professeur A. BERTOYE
Biologie Humaine	M. le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)
Techniques de Réadaptation	M. le Docteur A. MORGON (MCA)
Sciences Pharmaceutiques	M. le Professeur BIZOLLON
Sciences Odontologiques	M. le Docteur R. VINCENT
Institut régional d'éducation physique et sportive ..	Président du conseil d'UER : M. le Docteur J.J. COMTET (MCA)
	Directeur M. A. MILLON
Mathématiques	M. le Professeur P. PICARD
Physique	M. le Professeur J. DELMAU
Chimie et Biochimie	M. le Professeur J. HUET
Sciences de la Nature	M. le Professeur R. GINET
Sciences Physiologiques	Mlle le Professeur J.F. WORBE
Institut Universitaire et Technologie n°1	M. le Professeur A. VILLE
Institut Universitaire et Technologie n°2	M. J. GALLET (Directeur ENSAM)
Observatoire	M. M. MONNET (Astronome Adjoint)
Physique Nucléaire	M. le Professeur GUSAKOW
Mécanique	Mlle le Professeur G. COMPTE-BELLOT.



**RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT DE LA
FACULTE ALEXIS CARREL**

1er CYCLE :

Anatomie : M. le Professeur BOUCHET Alain
Biologie : M. le Professeur GIROD Christian
Chimie-Biochimie : M. le Docteur NOFRE, Maître de Conférences Agrégé
Histologie-Embryologie-Cytogénétique : M. le Professeur GIROD Christian
Mathématiques-Statistiques : M. le Professeur SITE Jean
Physiologie : M. le Docteur PELLET Michel, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur SCHMITT Michel, Maître de Conférences Agrégé
Physique-Biochimie : M. le Professeur BERGER Michel
Psychologie Médicale : M. le Professeur GUYOTAT Jean
Sciences Sociales et Economie Médicale : M. le Professeur ROCHE Louis

2ème CYCLE :

Anatomie Pathologique : M. le Professeur TOMMASI Michel
M. le Docteur LOIRE Robert, Maître de Conférences Agrégé
Bactériologie : M. le Professeur FLEURETTE Jean
Cardiologie : M. le Professeur GONIN André
M. le Professeur DELAHAYE Jean-Pierre
Chirurgie cardiaque :
Chirurgie digestive : M. le Professeur MAILLET Paul
Chirurgie infantile : M. le Docteur DAUDET, Maître de Conférences Agrégé
Chirurgie osseuse-Orthopédique : M. le Professeur de MOURGUES Georges
M. le Docteur COMTET Jean-Jacques, Maître de Conférences Agrégé.
Dermatologie : M. le Docteur PERROT Henri, Maître de Conférences Agrégé
Endocrinologie : M. le Docteur BERTHEZENE François, Maître de Conférences Agrégé
Gastro-Entérologie : M. le Docteur DESCOS Louis, Maître de Conférences Agrégé
Génétique Générale : M. le Professeur HERMIER Michel
Gynécologie : M. le Professeur ROCHET Yves
M. le Docteur BREMOND Alain, Maître de Conférences Agrégé
Hygiène : M. le Docteur MONIER Jean-Claude, Maître de Conférences Agrégé
Maladies infectieuses : M. GIROUD Maurice, Professeur Agrégé du Val de Grâce
Maladies du Sang : M. le Professeur REVOL Louis
Médecine expérimentale : M. le Professeur MORNEX René
Médecine Légale : M. le Professeur ROCHE Louis
Médecine du Travail : M. le Professeur BOURRET Jacques
Néphrologie : M. le Professeur FRANCOIS Bernard
Neuro-Chirurgie : M. le Docteur FISCHER Georges, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur DERUTY Robert, Maître de Conférences Agrégé.

Neurologie : M. le Professeur DEVIC Michel
M. le Docteur TROUILLAS Paul, Maître de Conférences Agrégé

Obstétrique : M. le Professeur GARMIER René

Ophthalmologie : M. le Professeur PAUPERT-RAVAULT Maurice

Oto-Rhino-Laryngologie : M. le Professeur MARTIN Henri

Parasitologie : M. le Docteur BATTESTI M. Rose, Chef de Travaux

Pédiatrie : M. le Professeur FRANCOIS René

Pharmacologie : M. le Docteur EVREUX Jean-Claude, Maître de Conférences Agrégé

Pneumo-Phtisiologie : M. le Professeur TOURAIN Roger
M. le Docteur BERNARD Jean-Pierre, Maître de Conférences Agrégé

Psychologie : M. le Professeur GUYOTAT Jean
M. le Docteur MARIE-CARDINE Michel, Maître de Conférences Agrégé

Radiologie : M. le Docteur BUFFARD Pierre, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur CHOLLAT Louis, Maître de Conférences Agrégé

Rhumatologie : M. le Professeur MEUNIER Pierre

Séméiologie Chirurgicale : M. le Docteur VIGNAL Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Séméiologie Médicale : M. le Professeur VIALA Jean-Jacques

Stomatologie : M. le Professeur DUMAS Pierre

Thérapeutique, Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle : M. le Docteur EYSSETTE Michel,
Maître de Conférences Agrégé.

Traumatologie, chirurgie générale : M. le Docteur SPAY, Maître de Conférences Agrégé
M. le Docteur TISSOT, Maître de Conférences Agrégé.

Urgence-Réanimation : M. le Professeur DELEUZE Raymond
Mme le Docteur ESTANOVE Suzanne, Maître de Conférences Agrégé

Urologie : M. le Docteur PERRIN Paul.

* * *

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur L. ROCHE

Assesseurs : Monsieur le Docteur P. PALIARD (M.C.A.)

Monsieur le Docteur P. BOULETREAU (M.C.A.)

Monsieur le Docteur C. PARTENSKY (M.C.A.)

Invité : Monsieur le Docteur DUCLUZEAU

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Louis ROCHE

Il a été notre Maître.

*Nous sommes fier de l'honneur qu'il nous fait
en acceptant de présider notre Jury.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur P. PALIARD (M.C.A.)

C'est avec une grande amabilité qu'il a bien voulu nous consacrer une partie de son temps.

Ses conseils nous ont été précieux dans l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Docteur P. BOULETREAU (M.C.A.)

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur C. PARTENSKY (M.C.A.)

Nous le remercions de l'extrême gentillesse avec laquelle il nous a accueilli.

Nous sommes fier de le compter parmi nos juges.

A Monsieur le Docteur DUCLUZEAU

Il a largement contribué à ce travail qui illustre l'importance de sa tâche dans le service de Monsieur le Professeur ROCHE.

Nous le remercions pour la gentillesse de son accueil et sa constante disponibilité.

A Monsieur le Docteur POUYET

Nous le remercions de son accueil et de ses conseils.

Nous regrettons de ne pouvoir le compter parmi nos juges.

A tous ceux qui nous ont aidé dans ce travail,
secrétaires et personnels des archives des Pavillons N et G
de l'Hôpital E. Herriot

Aux personnels des services d'urgence de l'Hôpital E. Herriot dont nous avons pu apprécier la compétence et l'efficacité, malgré des conditions de travail souvent difficiles.

P L A N

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : ASPECTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES

Introduction

Chapitre I : Statistique globale

Chapitre II : La localisation de l'hémorragie

Chapitre III : Les maladies causales

Etude par maladie causale

Siège inconnu et diagnostics non faits

Comparaison avec d'autres statistiques

Chapitre IV : Les moyens d'investigation diagnostique

Chapitre V : Gravité de l'hémorragie

Chapitre VI : Antécédents digestifs, Terrain, et circonstances de l'hémorragie

Conclusions à la première partie.

DEUXIEME PARTIE : TRAITEMENT ET EVOLUTION

Introduction

Chapitre I : Evolution sous traitement médical et mortalité : étude globale et selon la localisation de l'hémorragie

Chapitre II : Evolution et Mortalité selon la Maladie Causale

Chapitre III : Les interventions chirurgicales

Chapitre IV : Caractéristiques de l'hémorragie elle-même susceptibles d'influencer l'évolution et la mortalité.

Maladies générales associées et complications.

Chapitre V : Compléments quant à la population décédée.

Conclusions à la deuxième partie.

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Les hémorragies digestives entrent pour une part importante dans la pathologie présentée par les malades hospitalisés au service médical d'urgence de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon (Pavillon N, service du Pr ROCHE).

Ces malades y sont en général suivis pendant toute la phase d'urgence, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'arrêt de l'hémorragie permette leur mutation dans un service de médecine classique. Lorsqu'une indication chirurgicale est posée en urgence, après consultation du chirurgien de garde, ils sont pris en charge par le service chirurgical d'urgence (Pavillon A).

L'hémorragie digestive représente le plus souvent la complication d'une maladie digestive pré-existante. Mais cette maladie n'est déjà connue et soignée que dans un minimum de cas.

Toute hémorragie digestive, qu'elle soit inaugurale ou non, nécessite un diagnostic le plus précoce et le plus précis possible : il s'agit de déterminer la nature de la lésion causale, ainsi que la pathologie générale associée afin de décider d'une thérapeutique adaptée.

Le problème thérapeutique actuellement le plus discuté est celui de l'indication chirurgicale dans les cas d'Ulcère gastro-duodénal hémorragique.

Les hémorragies digestives du sujet âgé se distinguent par quelques différences dans la fréquence relative des diverses lésions causales. Par ailleurs, la plus grande fragilité des sujets accentue l'acuité des problèmes thérapeutiques.

L'étude des hémorragies digestives du sujet âgé pose le problème de l'âge de référence. Il ne semble pas y avoir de règle universelle en la matière, la plupart des statistiques Américaines s'intéressent aux sujets âgés de 60 ans et plus. Combe, Dreyfus et Milleret (2), dans un article récent se basent sur la définition de l'OMS des vieillards et grands vieillards (sujet de 75 ans et plus). Noël, Delage, Liguory, Coffin et Bodin (11) étudient l'intérêt de l'endoscopie chez des sujets de 65 ans et plus...

Quant à nous, parmi les cas d'hémorragies digestives hospitalisées au Pavillon N au cours des années 1976 et 1977, nous avons étudié ceux qui concernent des sujets âgés de 70 ans et plus. La comparaison entre les tranches d'âge 70 à 79 ans et 80 ans et plus nous permettra d'évaluer l'influence de l'âge sur les caractéristiques étudiées; cette étude sera bien sûr complétée par la comparaison avec d'autres statistiques portant sur des sujets d'âge divers.

Notre échantillon se compose de 172 sujets, âgés de 70 à 97 ans. Il a été l'objet d'une première étude sur fiches mécanographiques dans le cadre du classement des dossiers. Une analyse directe de 116 dossiers a ensuite été concurremment pratiquée. Elle s'est intéressée aux cas particuliers. Il s'agissait entre autres des cas d'association de plusieurs lésions (afin de préciser laquelle était à l'origine de l'hémorragie), des cas d'incertitude diagnostique, des cas de décès et des cas d'intervention chirurgicale.

Pour conclure, cette entrée en matière, nous pensons devoir souligner les insuffisances de ce travail :

- L'absence d'étude de l'évolution à long terme : certes, une telle étude perd un peu de signification chez le sujet âgé, les décès tardifs intervenant souvent pour des causes n'ayant qu'un rapport assez lointain avec l'hémorragie digestive. Elle aurait néanmoins eu son intérêt, notamment dans les cas de rupture de varices oesophagiennes (fréquentes récurrences), et dans les cas de cancer digestif (rareté des décès à très court terme en lien avec l'hémorragie, pronostic sombre à moyen terme).

- La faiblesse de la bibliographie : nous avons dû nous résigner à choisir quelques articles seulement dans une littérature très abondante sur le sujet, afin de consacrer plus de temps à l'analyse détaillée de notre échantillon.

- oOo -

P R E M I E R E P A R T I E

ASPECTS CLINIQUES et DIAGNOSTIQUES

INTRODUCTION

=====

Le diagnostic positif d'une hémorragie digestive pose rarement de gros problèmes .

Il est immédiat si l'on peut, de visu, constater le vomissement sanglant, les selles goudron caractéristiques ou la rectorragie. Dans le cas contraire, la mise en place d'une sonde naso-gastrique complétée par un lavage éventuel confirme ou infirme l'existence d'une hémorragie haute. Dans quelques cas, ce diagnostic est retardé du fait de l'absence d'extériorisation de l'hémorragie qui s'est révélée par un simple malaise (un cas dans notre statistique). Dans d'autres cas, on reste dans l'incertitude, l'hématémèse signalée par le malade n'étant pas confirmée par le lavage gastrique. Il peut alors s'agir d'une hémorragie à minima tarie sur le champ, ou d'une erreur d'interprétation de la part du malade ou de son entourage.

En fait, la partie la plus importante de la démarche diagnostique est la recherche de la maladie causale. De la découverte de celle-ci dépend la mise en place d'une thérapeutique adaptée et l'établissement d'un pronostic.

Après avoir étudié l'allure globale de l'échantillon (chapitre I), nous classerons d'abord les hémorragies digestives en fonction de leur localisation (chapitre II) : il est important en effet de distinguer les hémorragies digestives hautes et les hémorragies digestives basses; la plupart des statistiques s'attachant plus particulièrement à l'étude des premières.

Ce chapitre nous donnera aussi une première idée de la précision du diagnostic : jusqu'à quel point a-t-on la certitude que la lésion découverte est, ou non, hémorragique.

Les lésions découvertes seront étudiées dans le chapitre III avec leur répartition dans l'ensemble de l'échantillon et selon la localisation de l'hémorragie digestive.

Nous verrons alors d'autres éléments d'incertitude diagnostique : les cas où aucune lésion n'a pu être découverte, les cas de coexistence de plusieurs lésions. Dans ces cas, on a parfois pu définir laquelle de ces lésions était hémorragique. D'autre fois, on reste dans l'incertitude, ce qui a amené à incriminer deux maladies causales pour la même hémorragie digestive. Enfin, une comparaison avec d'autres statistiques permettra de distinguer, dans notre échantillon, les caractéristiques qui lui sont propres et celles qui correspondent à des tendances déjà affirmées dans la littérature.

Le chapitre IV étudie les moyens d'investigation diagnostique : accessoirement l'artériographie, mais surtout la gastroscopie dont l'étude permettra de cerner les causes d'imprécision diagnostique. Le chapitre V concerne la gravité des hémorragies digestives étudiées. Dans le chapitre VI nous étudierons les antécédents digestifs, le terrain et les circonstances de l'hémorragie.

CHAPITRE I

STATISTIQUE GLOBALE

I - COMPARAISON ENTRE LES DEUX ANNEES

=====

Le tableau 1 permet de vérifier l'identité absolue de recrutement sur les deux années 1976 et 1977. On constate une différence quantitative entre 280 cas d'hémorragie digestive en 1977 contre 304 en 1976. Cette différence est probablement due à un retard dans le dépouillement des dossiers. Par contre, il y a identité absolue dans la répartition de ces cas en fonction de l'âge. A noter par ailleurs que pour l'échantillon étudié, on n'a relevé aucune différence significative dans la répartition selon le sexe. Cette identité nous a amené à abandonner, par la suite, l'étude séparée de chacune des deux années.

Certes l'identité de répartition selon l'âge et le sexe ne se retrouve pas forcément en ce qui concerne les maladies causales et leur évolution. Mais les différences n'auraient aucune signification sur un laps de temps aussi court. Et l'étude de chaque année, séparément, aurait divisé par deux le nombre de dossiers, réduisant d'autant la fiabilité de l'étude statistique.

II - Les 584 Hémorragies digestives de tout âge

=====

REPARTITION SELON L'AGE

=====

Le tableau 1 montre que les malades de 60 ans et plus représentent 48% des cas d'hémorragie digestive. Dans la statistique de VIALLE et WILB (12) ce même groupe d'âge représente 50% des cas de tous âges étudiés.

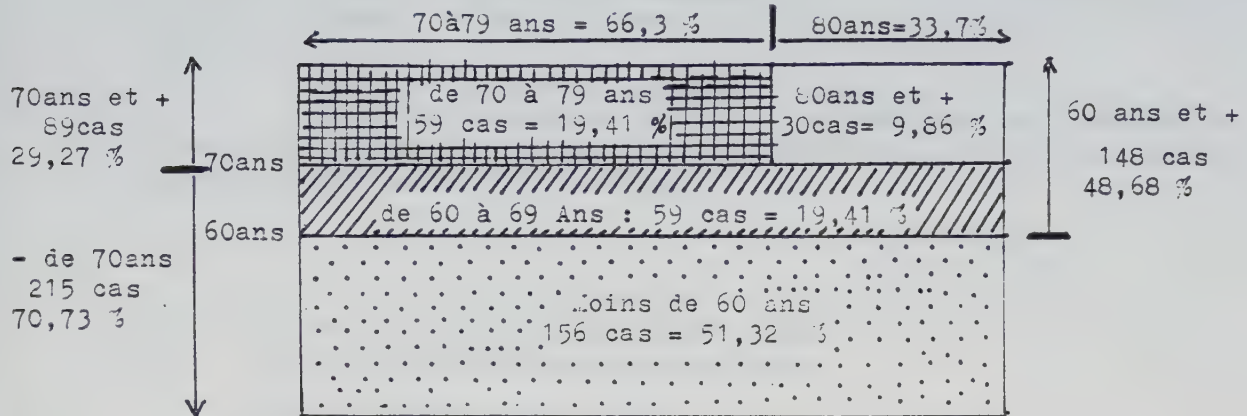
L'échantillon étudié ici représente 30% de l'ensemble des cas d'hémorragie digestive de tous âges hospitalisés au Pavillon N en 1976 et 1977. Les sujets âgés de 70 ans à 79 ans (20% des cas) sont aussi nombreux que ceux âgés de 60 ans à 69 ans. Les malades de 80 ans et plus sont moitié moins nombreux.



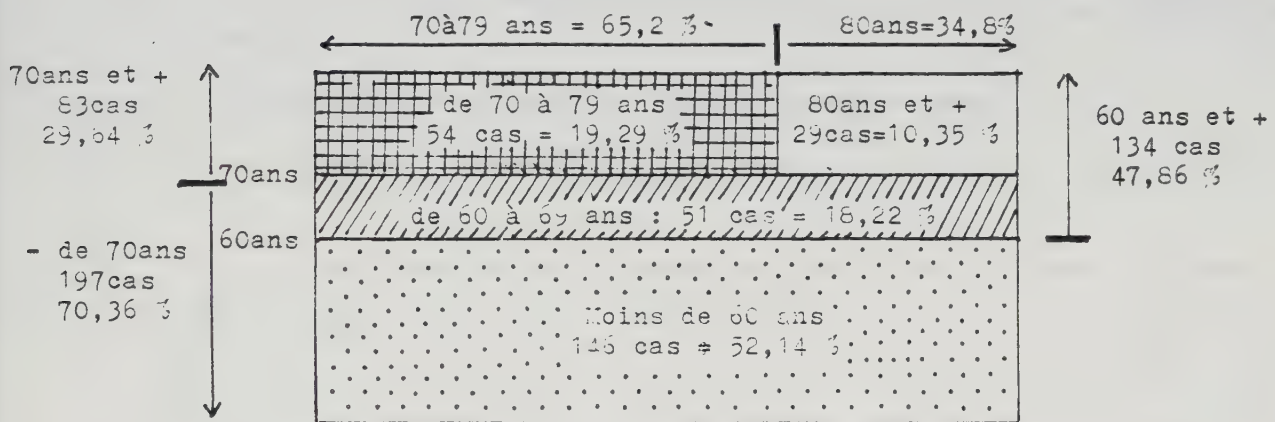
IMPORTANCE DE L'ECHANTILLON ETUDIE
PARMI LES HEMORRAGIES DIGESTIVES DE TOUS AGES :

Comparaison entre les deux années.

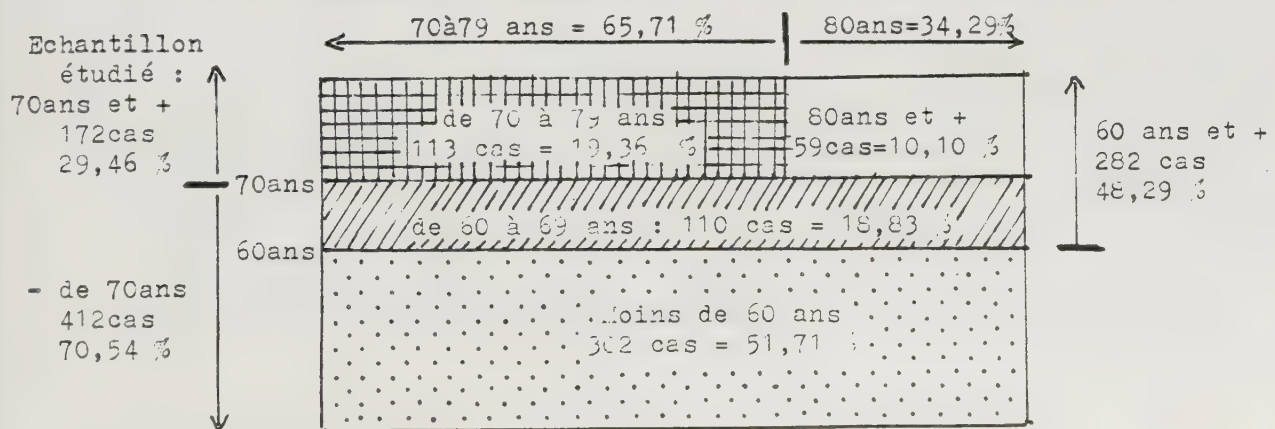
A) ANNEE 1976 = 304 cas d'hémorragie digestive.



B) ANNEE 1977 = 280 cas d'hémorragie digestive.



C) SUR LES DEUX ANNEES = 584 cas d'hémorragie digestive.





Cette tendance de l'hémorragie digestive à frapper haut dans la pyramide des âges se retrouve dans le tableau n° 2. Il permet de comparer la fréquence de divers groupes d'âge dans la population française d'une part, et parmi les cas d'hémorragie digestive recensés au Pavillon N en 1976 et 1977 d'autre part. Le classement par groupes d'âge de cette dernière série formerait une pyramide renversée. La dernière marche (sujets de 80 ans et plus), serait seule en retrait par rapport au groupe précédent. Mais cette diminution de pourcentage de sujets entre le groupe d'âge 70 ans - 79 ans et le groupe de 80 ans et plus, est du simple au double seulement, alors que, dans la population générale, elle est du simple au triple.

Donc même au delà de 80 ans, la fréquence des hémorragies digestives est augmentée, bien que la diminution de la population avec l'âge masque partiellement ce phénomène.

III - REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE

=====

dans l'échantillon étudié

Les schémas du tableau 3 font apparaître les caractéristiques suivantes :

- prépondérance masculine globale (60% d'hommes),
- prépondérance des sujets de 70 ans à 79 ans (66% des cas).

Le groupe le mieux représenté est donc le groupe des hommes de 70 ans à 79 ans : pour 5 hommes de 70 à 79 ans, on compte environ 2 femmes du même groupe d'âge, 2 femmes de 80 ans et plus, 1 homme de 80 ans et plus. Cette répartition très inégale nous amènera à étudier chaque caractéristique de l'hémorragie digestive en pourcentage pour chaque groupe d'âge et de sexe en comparaison avec les chiffres obtenus pour l'ensemble de l'échantillon.

A - Répartition selon le sexe en fonction de l'âge :

Le schéma 3 A montre une inversion du rapport Hommes/Femmes au delà de 80 ans. Ce phénomène est logique : il existe dans la population générale 7 femmes pour 3 hommes après 80 ans. Simplement dans les cas d'hémorragie digestive il est moins accentué et apparaît à un âge plus avancé. Cela tient compte à la fois de la plus grande morbidité masculine et de la tendance de l'hémorragie digestive à augmenter de fréquence avec l'âge. La deuxième partie du tableau 2 montre d'ailleurs que même au delà de 80 ans, la répartition entre les sexes se fait en faveur des hommes dans notre échantillon par rapport à la population générale.



TABLEAU N° 2

COMPARAISON ENTRE
L'ENSEMBLE DE LA POPULATION FRANÇAISE
(Chiffres INSEE 74)
ET LA POPULATION VICTIME D'HEMORRAGIE DIGESTIVE.

A G E S		Population Française		Malades atteints d'H.D.	
		Nombre (en millions)	% Total	Nombre de cas	% Total
Tous ages		52, 34	100	584	100
Moins de 60 ans		42, 83	81,8	302	51,7
60 ans et Plus		9, 51	18,2	282	48,3
Moins de 70 ans		47, 80	91,2	412	70,5
70 ans et Plus		4, 54	8,8	172	29,4
60 à 69 ans		4, 97	9,5	110	18,8
70 à 79 ans		3, 28	6,4	113	19,3
80 ans et Plus		1, 26	2,4	59	10,1
AGES	SEXES	Nb(millions)	% /Age	Nombre de cas	% / Age
70 à 79 ans	Hô	1, 26	38,4	80	70,8
	Fe	2, 02	61,6	33	29,2
80 ans et PLUS	Hô	0,35	27,8	24	40,7
	Fe	0, 91	72,2	35	59,3



REPARTITION DES MALADES SELON LEUR AGE
ET LEUR SEXE DANS L'ECHANTILLON ETUDIE :

A) REPARTITION GLOBALE SELON L'AGE, et Répartition des Malades SELON LEUR SEXE
en fonction de leur âge

70 ans	80 ans	AGE
HOMMES de 70 à 79 ans 80 cas 70,80% des sujets de 70 à 79 ans 46,52% du TOTAL	HOMMES de 80 ans et + 24 cas 40,68% des sujets de 80 ans et + 13,33% Tot.	
FEMMES de 70 à 79 ans 33 cas 29,20% des suj. de 70 à 79ans, 19,19% TOTAL	FEMMES de 80 ans et + 35 cas 59,32% des sujets de 80 ans et + 20,35% du TOTAL.	
113 cas =65,71% du TOTAL	59cas =34,29% Tot.	Nombre TOTAL de cas = 172.

B) REPARTITION GLOBALE SELON LE SEXE, et Répartition des malades SELON LEUR AGE
en fonction de leur sexe

	70ans	80 ans	AGE
HOMMES	80 HOMMES de 70 à 79 ans = 76,92% des HOMMES	24 Hô de 80 ans et plus =23,08% des HOMMES	104 Hommes =60,46% du TOTAL
FEMMES	33 FEMMES de 70 à 79 ans 48,52 % des FEMMES	35 FEMMES de 70 à 79 ans 51,48 % des FEMMES	68 Femmes =39,54% du TOTAL
SEXE			



B - Répartition selon l'âge en fonction du sexe :

Le phénomène décrit ci-dessus se répercute dans le schéma 3 B 4 hommes sur 5 ont de 70 ans à 79 ans. La moitié des femmes ont plus de 80 ans. C'est d'ailleurs dans la population féminine que se recrute les quatre seuls cas de plus de 90 ans. Notons néanmoins que l'âge moyen est le même que dans les deux sexes après 80 ans : 84 ans.

CONCLUSION

=====

Cette première approche fait donc apparaître une augmentation continue de la fréquence des hémorragies digestives avec l'âge qui se vérifie pour les deux sexes. Cette augmentation a pour conséquence une proportion importante de sujets âgés parmi les cas d'hémorragie digestive; (un malade sur deux a plus de 60 ans, un sur trois plus de 70 ans). Une autre conséquence est que les tendances constatées dans la population bien portante quand l'âge avance se répercutent avec un certain retard dans un échantillon victime d'hémorragie digestive : diminution de la population avec l'âge et prépondérance féminine n'apparaissent qu'après 80 ans.

Toute étude "des hémorragies digestives des sujets âgés" se rapporte donc aux sujets les plus fréquemment atteints par cette affection. En schématisant, on pourrait dire que c'est le sujet jeune qui représente un cas particulier en ce qui concerne l'hémorragie digestive.



CHAPITRE II

LA LOCALISATION DE L'HEMORRAGIE

INTRODUCTION

=====

C'est en fonction des lésions découvertes que l'on peut attribuer un siège à l'hémorragie. Cette localisation sera plus ou moins assurée selon que le caractère hémorragique de la lésion pourra être plus ou moins affirmé.

Ce chapitre va donc nous permettre :

- D'établir trois catégories principales en fonction du siège :
 - . Hémorragies hautes
 - . Hémorragies basses
 - . Hémorragies digestives de siège inconnu.

Sont définies comme hémorragies hautes celles qui sont dues à une lésion siégeant sur l'oesophage, l'estomac ou le duodénum, de découverte endoscopique dans 90% des cas.

Parmi les autres cas, il faut distinguer les hémorragies qui ont pu être attribuées à une lésion basse (grêle, colon, rectum) et celles qui restent de siège inconnu.

- De définir le degré de certitude de ces localisations.

I - DEGRES DE CERTITUDE ET D'INCERTITUDE

=====

On a déjà souligné l'importance de la précision du diagnostic initial dans l'évolution. Il permet d'établir une thérapeutique adaptée et notamment la discussion d'une éventuelle intervention chirurgicale. Cette précision des diagnostics avancés dans notre échantillon fait l'objet d'une première approche dans le tableau 4.



TABLEAU N° 4

DEGRES DE CERTITUDE ET D'INCERTITUDE
DANS LA LOCALISATION DE L'HEMORRAGIE

		70 à 79 ans		80 ans et +		70à79	80ans	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe	ans	et +	Hô	Fe	
Nombre total de Cas (Référ.)		80	33	24	35	113	59	104	68	172
Localisat. CERTAINE	Nombre	41	17	9	11	58	20	50	28	78
	% / total	51,25	51,51	37,50	31,43	51,33	33,90	48,08	41,17	45,35
	%/L. cert. et prob.	65,08	77,28	52,84	64,71	68,24	58,82	62,50	71,79	65,58
Localisat. PROBABLE	Nombre	22	5	8	6	27	14	30	11	41
	% / total	27,50	15,15	33,33	17,14	23,89	23,72	28,84	16,18	23,84
	%/L. cert et prob.	34,92	22,72	47,06	35,29	31,76	41,18	37,50	28,21	34,42
Localisations CERTAINES et PROBABLES.	Nombre	63	22	17	17	85	34	80	39	119
	%certitude	78,75	66,67	70,83	48,58	75,22	57,63	76,92	57,35	69,19
Localisat. POSSIBLE	Nombre	4	4	3	5	8	8	7	9	16
	% / total	5,00	12,12	12,50	14,28	7,08	13,56	6,73	13,24	9,31
Localisat. INCONNUE	Nombre	13	7	4	13	20	17	17	20	37
	% / total	16,25	21,21	16,67	37,14	17,70	28,82	16,34	29,41	21,51
Localisations POSSIBLES et INCONNUES	Nombre	17	11	7	18	28	25	24	29	53
	%Incetitude	21,25	33,33	29,17	51,43	24,78	42,37	23,08	42,65	30,81
Nb total de localisations		67	26	20	22	93	42	87	48	135



A - Définition des notions utilisées :

- La notion de "lieu certain" s'applique aux lésions hémorragiques au moment de l'examen endoscopique et à celles au niveau desquelles un caillot adhérent permet d'affirmer une hémorragie récente.
- La notion de "lieu probable" s'applique aux lésions non hémorragiques au moment de l'examen, mais à fort potentiel hémorragique (ulcère gastro-duodénal, rupture de varice oesophagienne). La découverte de telles lésions, même si leur caractère hémorragique ne peut être affirmé au moment de l'examen (sédation provisoire de l'hémorragie), fait fortement soupçonner leur responsabilité. Des preuves indirectes peuvent exister (turgescences de varices oesophagiennes, caractère évolutif d'une ulcération, gastro-duodénite exulcérée...)
- Sont définies comme se rapportant à une localisation possible, les lésions non hémorragiques au moment de l'examen et à potentiel hémorragique moindre notamment lorsque ces lésions sont les seules à être découvertes (diagnostic d'élimination). De même, la clinique seule (antécédents, tableau évocateur) peut permettre de soupçonner fortement une lésion à fort potentiel hémorragique lorsque l'endoscopie est impossible. Dans quelques uns de ces cas néanmoins, un diagnostic est avancé, mais le siège de l'hémorragie est noté "inconnu".
- Les hémorragies de siège inconnu regroupent donc non seulement les hémorragies digestives pour lesquelles aucune lésion causale n'a été découverte, mais aussi quelques cas pour lesquels un diagnostic est avancé, l'incertitude paraissant trop importante pour retenir une localisation "possible". On notera par ailleurs qu'un certain nombre de localisations sont retenues comme certaines, sans qu'un diagnostic puisse être affirmé : il s'agit de cas où l'abondance de l'hémorragie a mis l'endoscopie en défaut, s'agissant de reconnaître la lésion causale.

Citons le cas numéro 1 : femme de 76 ans, hématomèse plus méléna, hémorragie provenant de la face postérieure haute de l'estomac, la lésion est camouflée par des caillots organisés. L'intervention confirme qu'il s'agissait d'une lésion ulcéreuse. Ce cas est classé comme étant de siège gastrique certain, maladie causale inconnue pour souligner une insuffisance diagnostique qui aurait pu avoir des conséquences gênantes.

. Cet exemple montre que en dépit de ces définitions, l'évaluation de la précision diagnostique est difficile. Elle est soumise à des nuances d'interprétation individuelle dans le compte rendu de l'endoscopie et dans la façon de le lire. C'est pourquoi les cas d'imprécision du diagnostic seront l'objet de plusieurs études concurrentielles dans ce travail (diagnostics non faits, coexistence de plusieurs lésions hémorragiques, lésions non hémorragiques associées à la lésion causale, étude de l'endoscopie et des éléments d'incertitude).

- D'ores et déjà le tableau 4, malgré ses insuffisances permet de définir :

. Le degré de certitude : proportion de sièges certains et probables.



. Le degré d'incertitude : proportion de sièges possibles ou inconnus.

Ces degrés permettent de connaître la fiabilité des informations qui suivront sur la localisation de l'hémorragie et la lésion responsable.

B - Etude globale

- Une certitude de diagnostic absolue peut être établie dans 45% des cas. Ces cas entrent pour 66% dans le calcul du degré de certitude. On notera que ces chiffres sont moindres après 80 ans, surtout chez les femmes. Dans le groupe d'âge de 70 ans à 79 ans, la localisation est certaine dans un cas sur deux.
- Sièges probables : 24 % des cas, plus fréquents chez l'homme de plus de 80 ans chez qui ils relèvent le degré de certitude.
- Sièges possibles : 10 % des cas seulement plus fréquents après 80 ans surtout chez la femme.

On note donc un diagnostic globalement plus hésitant après 80 ans avec une plus grande fréquence des sièges probables et possibles.

L'étude des degrés de certitude et d'incertitude montre une plus grande hésitation diagnostique chez les femmes, (fréquence tant des sièges possibles que des sièges inconnus).

Le degré de certitude qui a atteint 79% chez les hommes de 70 ans à 79 ans n'est plus que de 69% dans l'ensemble de l'échantillon, de 67% chez les femmes de 70 ans à 79 ans et de 49% chez les femmes de 80 ans et plus.

Cette répartition inégale de la précision diagnostique suivant le sexe se retrouvera comme une constante dans notre échantillon.

C - Reportons nous au tableau 6

qui permet une comparaison des localisations certaines et probables avec l'ensemble de l'échantillon quant à la répartition selon l'âge et le sexe.

Nous constatons que parmi les cas de localisation certaine et probable, les sujets de plus de 80 ans sont moins représentés : cette réduction se fait aux dépens des femmes. De 70 ans à 79 ans, également, les femmes sont moins représentées. Ce tableau confirme donc, sous un autre éclairage, les tendances du tableau 4.



II - CLASSEMENT DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES SELON LEUR LOCALISATION

=====

Le tableau 5 montre que les localisations hautes représentent l'écrasante majorité des sièges connus : 92 %.

A - Les localisations hautes

1 - Globalement

elles représentent 72% de l'ensemble de l'échantillon. Elles sont moins fréquentes après 80 ans, ceci est surtout net chez les femmes de 80 ans et plus : chez celles-ci en effet on remarque non seulement une plus grande fréquence des hémorragies digestives basses, mais aussi un plus fort pourcentage de cas d'hémorragie digestive de siège inconnu. De 70 ans à 79 ans, la fréquence est également moindre chez les femmes : dans ce cas, cette réduction se fait essentiellement au profit des hémorragies digestives de siège inconnu.

Le tableau 6 montre que parmi les cas d'hémorragies digestives hautes, ce sont les femmes âgées de 80 ans et plus qui subissent la plus forte réduction de fréquence par rapport à l'ensemble de l'échantillon. La répartition selon l'âge et le sexe reste cependant assez semblable dans les deux cas à ceci près que la prépondérance féminine constatée après 80 ans dans l'ensemble de l'échantillon fait place à une égale représentation des deux sexes parmi les hémorragies digestives hautes survenant après 80 ans.

Ces petites différences justifieront que l'on étudie la fréquence des diverses lésions causales, concurremment dans l'ensemble de l'échantillon et parmi les cas d'hémorragies digestives hautes.

2 - Les Localisations gastriques

Elles sont les mieux représentées avec près de la moitié des hémorragies digestives hautes. Elles sont encore plus fréquentes après 80 ans où elles représentent plus de 2/3 des hémorragies digestives hautes. Ceci est dû, nous le verrons, à une diminution de fréquence des varices oesophagiennes après cet âge, ainsi qu'à une augmentation avec l'âge du rapport ulcères gastriques / ulcères duodénaux (UG/UD). Le tableau 6 confirme cette répartition.

3 - Les Localisations oesophagiennes

Encore bien représentées malgré l'âge avancé qui réduit le rôle des varices oesophagiennes : 1/3 des hémorragies digestives hautes dans l'ensemble de l'échantillon. Mais au-delà de 80 ans, ce chiffre n'est plus que de 1/5. Cette proportion encore importante tient compte du rôle des hernies hiatales après 80 ans. Le tableau 6 confirme cette répartition.

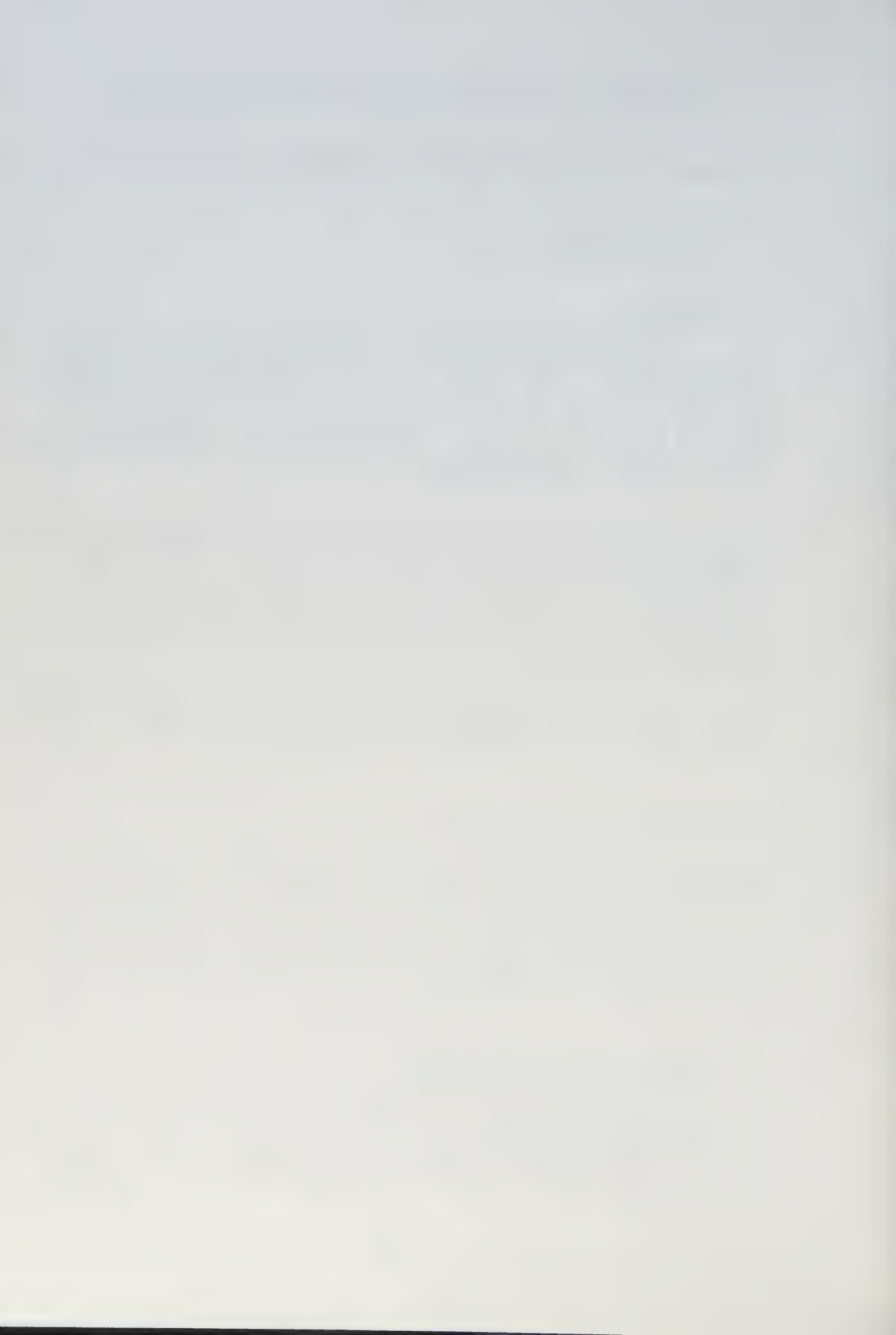


TABLEAU N° 5

CLASSEMENT DES HÉMORRAGIES SELON LEUR
LOCALISATION :

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79	80ans	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe	ans	et +			
Nombre TOTAL de cas		80	33	24	35	113	59	104	68	172
Nombre de sièges connus		67	26	20	22	93	42	87	48	135
LOCALISATIONS H A U T E S	Nombre	64	26	17	17	90	34	81	43	124
	%/Total	80,00	78,79	70,83	48,58	79,65	57,63	77,89	63,24	72,09
	%sièg.connus	95,52	100	85,00	77,27	96,58	80,95	93,10	89,59	91,85
OESOPHAGE	Nombre	27	8	5	2	35	7	32	10	42
	%/Loc. Htes	42,19	30,77	29,41	11,76	38,89	20,59	39,51	23,26	33,87
↓ DONT oesophage + Estomac		3	1	1	1	4	2	4	2	6
↑ ESTOMAC	Nombre	25	10	10	14	35	24	35	24	59
	%/Loc. Htes	39,06	38,46	58,82	62,35	38,89	70,59	43,21	55,82	47,58
↓ DONT Estomac + Duodénum		3	2	1	0	5	1	4	2	6
↑ DUODENUM	Nombre	18	11	4	2	29	6	22	13	35
	%/Loc. Htes	28,12	42,31	23,53	11,76	32,22	17,65	27,16	30,23	28,22
LOCALISATIONS B A S S E S	Nombre	3	0	3	5	3	8	6	5	11
	%/Total	3,75	/	12,50	14,28	2,65	13,56	5,77	7,35	6,39
	%sièg.connus	4,48	/	15,00	22,73	3,22	10,05	6,90	10,41	8,15
COLON		1	0	2	2	1	4	3	2	5
GRELE (associé à Colon)		0	0	1	0	0	1	1	0	1
RECTUM		2	0	1	3	2	4	3	3	6
SIEGES INCONNUS (rappel)	Nombre	13	7	4	13	20	17	17	20	37
	%/Total	16,25	21,21	16,67	37,14	17,70	28,82	16,34	29,41	21,51



4 - Les Localisations duodénales

A peine plus d'1/4 des localisations hautes, proportion réduite après 80 ans. A noter une forte représentation des femmes de 70 ans à 79 ans chez lesquelles nous constaterons une proportion supérieure d'ulcères duodénaux et de duodénites. Hormis cette différence, le tableau 6 montre une similitude de répartition selon l'âge, et, après 80 ans, selon le sexe entre les hémorragies digestives oesophagiennes et duodénales.

5 - A noter que du point de vue de la précision diagnostique 60% des localisations hautes sont certaines. Il en est de même pour 57% des localisations oesophagiennes, 64% des localisations gastriques et 54% des localisations duodénales. Ce chiffre est intéressant à comparer avec les 27% de localisations certaines parmi les localisations basses, qui contribuent à augmenter quelque peu le pourcentage des sièges possibles et probables dans l'ensemble de l'échantillon.

B - Les Localisations basses

Leur nombre très restreint (11 cas, 6% de l'échantillon, 8% des sièges connus), n'autorise pas une étude statistiquement fiable. Le colon est représenté 5 fois (dans un cas d'hémorragie iléo-colique sur anastomose). Le rectum est représenté 6 fois. Le tableau 6 montre une répartition très différente de celle de l'ensemble de l'échantillon, selon l'âge et le sexe.

C - Les Hémorragies de siège inconnu

Représentant 21% de l'ensemble de l'échantillon, elles sont surtout fréquentes chez les femmes (16% chez les hommes). C'est après 80 ans que cette différence est la plus marquée. Le tableau 6 confirme cette répartition : comparée à celle constatée dans l'ensemble de l'échantillon, la fréquence des hommes de 70 ans à 79 ans, est réduite d'1/3 parmi les cas d'hémorragie digestive de siège inconnu. Celle des femmes de plus de 80 ans est presque doublée.

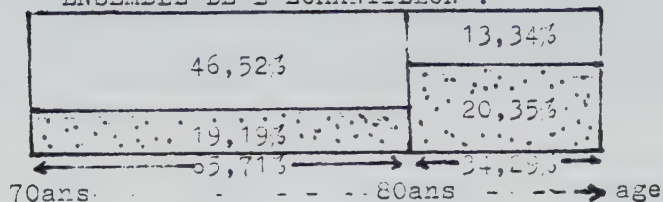
Ces cas d'hémorragie digestive de siège inconnu, feront l'objet d'une étude spéciale quant aux diagnostics qui peuvent parfois être avancés.



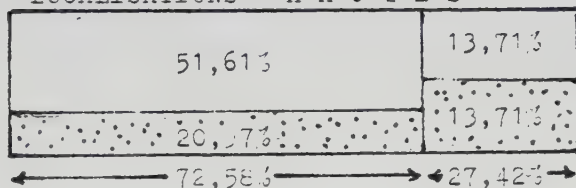
TABLEAU N° 6

REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE
EN FONCTION DE LA LOCALISATION.

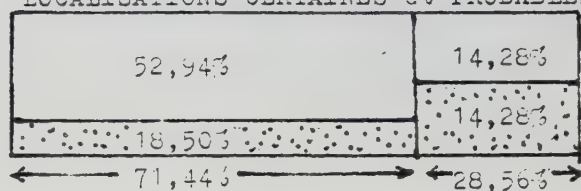
ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON :



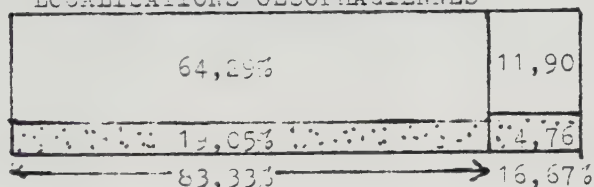
LOCALISATIONS H A U T E S



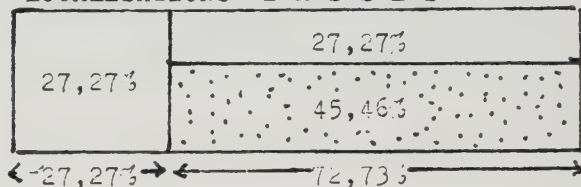
LOCALISATIONS CERTAINES et PROBABLES



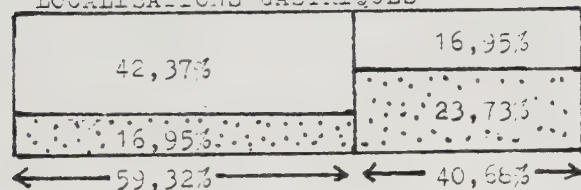
LOCALISATIONS OESOPHAGIENNES



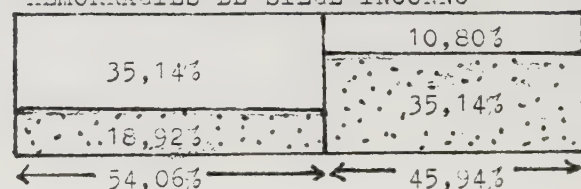
LOCALISATIONS B A S S E S



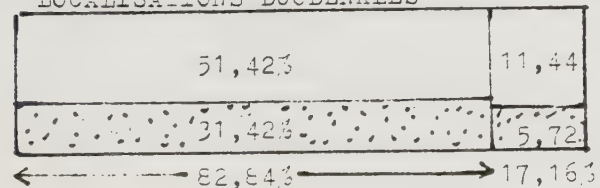
LOCALISATIONS GASTRIQUES



HEMORRAGIES DE SIEGE INCONNU



LOCALISATIONS DUCDENALES



LEGENDE :

Partie gauche : de 70 à 79 ans

Partie droite : 80 ans et plus



Hommes



Femmes



CONCLUSION

=====

L'hémorragie est donc localisée, de façon certaine ou probable dans 69% des cas étudiés. Le siège reste inconnu dans 21% des cas, l'imprécision diagnostique est supérieure après 80 ans, surtout chez les femmes. Les localisations hautes représentent 72% de l'échantillon, elles sont moins fréquentes chez les femmes, surtout après 80 ans. C'est l'estomac qui saigne dans la moitié des cas d'hémorragie digestive haute, dans 2/3 des cas après 80 ans. L'oesophage et le duodénum (respectivement 1/3 et 1/4 des cas d'hémorragie digestive haute) sont bien moins représentés au-delà de 80 ans.

Enfin, les localisations basses sont en très petit nombre (6% des cas).

- oOo -



CHAPITRE III

LES MALADIES CAUSALES

I - LA METHODE D'ETUDE

=====

A - La plupart des maladies comptabilisées ici correspondent à des lésions découvertes à la gastroskopie, quelques unes néanmoins (notamment les lésions basses) l'ont été à la suite d'autres examens. D'autres diagnostics ont été avancés devant un tableau clinique très évocateur, dans l'impossibilité où l'on se trouvait d'effectuer une gastroskopie.

B - La difficulté de l'étude repose sur les cas d'hésitation diagnostique : les cas posant des problèmes sont les suivants :

1 - Cas dans lesquels l'endoscopie relève l'existence de plusieurs lésions. Dans un certain nombre de ces cas, il était facile de distinguer quelle était la lésion hémorragique, parfois néanmoins deux lésions ont été retenues comme cause de la même hémorragie.

2 - Cas dans lesquels la lésion découverte à l'endoscopie ne saigne pas au moment de l'examen.

a) Pour un certain nombre de ces lésions, des éléments indirects (turgescence de varices, caractère évolutif d'un ulcère duodénal...) permettent de considérer le siège de la lésion comme siège probable de l'hémorragie digestive.

b) Dans d'autres cas, le siège de la lésion est considéré comme siège possible de l'hémorragie digestive.

c) Enfin, il arrive que le doute soit assez fort pour que la lésion soit retenue, alors que le siège de l'hémorragie digestive est considéré comme inconnu.



C - Pour tenir compte de ces éléments, nous avons obéi aux règles suivantes :

1 - Le tableau 7 qui sert de base à la suite de notre étude comptabilise toutes les lésions même celles qui correspondent à des hémorragies digestives de siège inconnu. Néanmoins, dans les cas d'associations de plusieurs lésions nous n'avons retenu que celles dont le rôle dans l'hémorragie digestive peut être discuté.

2 - Le tableau 9 s'en tient aux hémorragies dont la localisation haute est certaine, probable ou possible. Les diagnostics correspondant à des hémorragies digestives de siège inconnu sont éliminés de ce tableau qui nous servira à la comparaison avec les autres statistiques portant sur des hémorragies digestives hautes.

3 - Les hémorragies digestives de siège inconnu seront mieux étudiées dans le tableau 10.

Nous y reviendrons par ailleurs avec l'étude de l'endoscopie.

D - Cette méthode a l'avantage :

1 - D'éliminer les lésions "d'accompagnement" dont le rôle dans l'hémorragie n'est pas prouvé. Ces lésions ont en effet une incidence très variable qui rend difficile la comparaison entre statistiques. Ces lésions seront citées dans notre texte, mais dans les tableaux seules les lésions "causales" à proprement parler sont retenues.

2 - De retenir essentiellement les diagnostics faits au service d'urgence, en période hémorragique. La plupart des lésions causales découvertes après mutation sont en effet classées comme diagnostics d'orientation dans les hémorragies de siège inconnu. Les tableaux 7 et 9 reflètent donc les informations obtenues par l'approche diagnostique dans les premiers jours de l'hémorragie, c'est-à-dire celles qui ont l'utilité la plus immédiate.

E - Nous étudierons dans un premier temps les lésions correspondant à des hémorragies digestives hautes.



TABLEAU N° 7

MALADIES CAUSALES DANS L'ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON
QUELLE QUE SOIT LA LOCALISATION.

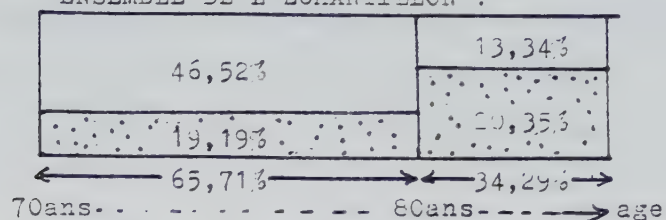
		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79 ans	80ans et +	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	FE					
Nombre TOTAL de cas		80	33	24	35	113	59	104	68	172
ULCERE GASTRO-DUODENAL	Nb	35	12	7	7	47	14	42	19	61
	%	43,75	36,36	29,17	20,00	41,59	23,72	40,39	27,94	35,46
ULCERES GASTRIQUES	Nombre	20	5	4	6	25	10	24	11	35
	%/Total	25,00	15,15	16,67	17,14	22,12	16,85	23,07	16,18	20,35
	%/ USD	57,14	41,67	57,14	85,71	53,11	71,43	57,14	57,89	57,46
ULCERES DUODENaux	Nombre	15	7	3	1	22	4	18	8	26
	%/Total	18,75	21,21	12,50	2,86	19,47	6,78	17,31	11,77	15,11
	%/ USD	42,86	58,33	42,86	14,29	46,81	28,57	42,86	42,11	42,52
ULCERES PEPTIQUES (No)		1	1	0	0	2	0	1	1	2
RUPT. de VARICES OESOPHAGIENNES	Nb	20	4	0	2	24	2	20	6	26
	%	25,00	12,12	/	5,72	21,24	3,33	19,23	8,93	15,11
HERNIE HIATALE OESOPHAGIENNE Isolées & Associées	HI Isolée	5	0	2	2	5	4	7	2	9
	HI+Oesophagite	2	0	3	1	2	4	5	1	6
	Oesophag.isolée	0	3	0	0	3	0	0	3	3
	Nombre Total	7	3	5	3	10	8	12	6	18
		%	8,75	9,09	20,83	8,57	13,56	11,54	8,83	10,47
GASTRO-DUODENITES	Nb	2	6	5	2	8	7	7	8	15
	%	2,50	18,18	20,93	5,72	7,08	11,86	6,73	11,77	8,72
CANCERS	Nb	5	0	1	5	5	6	6	5	11
	%	6,25	/	4,16	14,29	4,42	10,17	5,77	7,35	6,39
Syndrome de MALLORY-WEISS	Nb	2	2	1	0	4	1	3	2	5
	%	2,50	6,06	4,16	/	3,54	1,70	2,88	2,94	2,90
ULCERE AIGU	Nb	1	1	1	0	2	1	2	1	3
	%	1,25	3,03	4,16	/	1,77	1,70	1,92	1,47	1,74
DIVERTICULES (coliques)	Nb	1	0	1	2	1	3	2	2	4
	%	1,25	/	4,16	5,72	0,89	5,18	1,92	2,94	2,32
TRAUMATISME (rectal)		0	0	1	2	0	3	1	2	3
HEMORRHOIES		1	0	0	1	1	1	1	1	2
FISTULE		0	0	1	0	0	1	1	0	1
ANGIOMES		0	1	0	0	1	0	0	1	1
DIAGNOSTICS NON-FAITS	Nb	11	8	3	11	19	14	14	19	33
	%	13,75	24,24	12,50	31,43	16,81	23,72	13,46	27,94	19,19



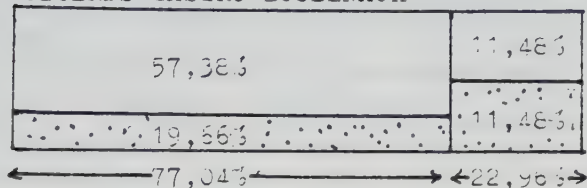
TABLEAU N° 8

REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE
EN FONCTION DE LA MALADIE CAUSALE

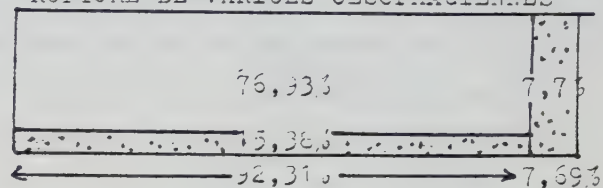
ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON :



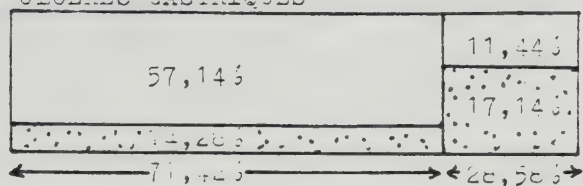
ULCERES GASTRO-DUODENaux



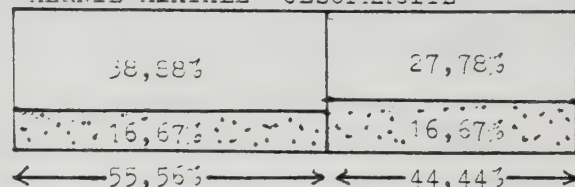
RUPTURE DE VARICES OESOPHAGIENNES



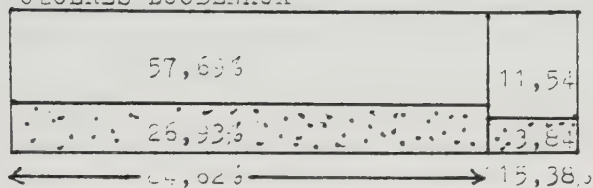
ULCERES GASTRIQUES



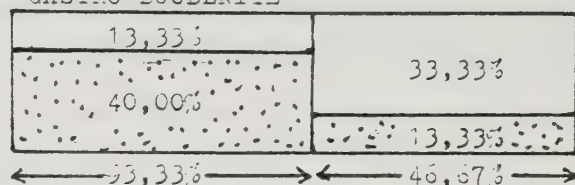
HERNIE HIATALE OESOPHAGITE



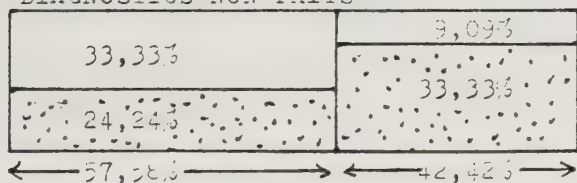
ULCERES DUODENaux



GASTRO-DUODENITE



DIAGNOSTICS NON-FAITS



LEGENDE :

Partie gauche : de 70 à 79 ans
Partie droite : 80 ans et plus

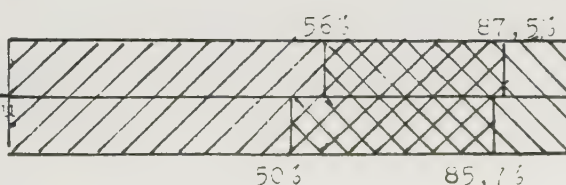
 Hommes
 Femmes



MALADIES CAUSALES
DANS LES LOCALISATIONS HAUTES

			70 à 79 ans		80ans et +		70-79 ans	80ans et +	Hô	Fe	Total
			Hô	Fe	Hô	Fe					
Nombre de loc. HAUTES (réf)			64	26	17	17	90	34	81	43	124
ULCERES GASTRO- DUODENAUZ Y compris ulcères peptiques	Nombre total		35	12	7	7	47	14	42	19	61
	‰/ Loc HAUTES		54,79	46,15	41,17	41,17	52,22	41,17	51,85	44,19	49,19
	ULCERES GASTRIQUES	Nb	20	5	4	6	25	10	24	11	35
		‰	31,25	19,23	23,53	35,29	27,78	29,42	29,64	25,58	28,23
	ULCERES DUODENAUZ	Nb	15	7	3	1	22	4	18	8	26
		‰	20,31	26,92	17,65	5,88	24,44	11,76	22,22	18,60	20,97
ULC. PEPTIQUES		1	1	0	0	2	0	1	1	2	
RUPTURES DE VARICES OESOPHAGIENNES		Nb	19	4	0	1	23	1	19	5	24
		‰	29,69	15,38	/	5,88	25,56	2,94	23,46	11,63	19,35
HERNIE HIATALE OESOPHAGITE Isolées ou Associées entre elles	HH Isolée		5	0	2	0	5	2	7	0	7
	HH+Oesophagite		1	0	3	1	1	4	4	1	5
	Oesophagite I.		0	2	0	0	2	0	0	2	2
	Nombre Total		6	2	5	1	8	6	11	3	14
	‰		9,39	7,69	29,41	5,88	8,89	17,65	13,58	6,98	11,29
GASTRO-DUODENITES		Nb	2	5	4	2	7	6	6	7	13
		‰	3,13	19,23	23,53	11,77	7,78	17,65	7,41	16,28	10,48
CANCERS		Nb	4	0	1	4	4	5	5	4	9
		‰	6,25	/	5,88	23,53	4,44	14,71	6,18	9,30	7,26
Syndrome de MALLORY-WEISS		Nb	2	2	1	0	4	1	3	2	5
		‰	3,13	7,69	5,88	/	4,44	2,94	3,70	4,65	4,03
ULCERE AIGU		Nb	1	1	1	0	2	1	2	1	3
		‰	1,46	3,84	5,88	/	2,22	2,94	2,47	2,32	2,42
HEMOPATHIES			0	0	0	1	0	1	0	1	1
ANGIOME			0	1	0	0	1	0	0	1	1
MALADIE CAUSALE INCONNUE			0	2	0	1	2	1	0	3	3

Répartition de l'ensemble des cas de HH et/ou OEsite recensés
Répartition des cas de HH et/ou OEsite retenus comme Hiqués.



LEGENDE :

- HH. isolée
- HH. compliqué d'oesophagite
- OEsite. isolée



II - LES ULCERES GASTRO-DUODENaux

=====

A - Définition de la catégorie

1 - Sont retenus comme ulcères gastro-duodénaux non seulement les ulcères gastriques et les ulcères duodénaux, mais aussi les deux ulcères peptiques qui dans les deux cas intéressent la muqueuse gastrique.

2 - A noter deux cas d'association d'ulcères gastriques plus ulcères duodénaux, il s'agit :

- . (cas n° 2) d'une femme de 77 ans (mélénas) présentant trois ulcères du fundus dont un à bourrelet hémorragique et un ulcère du bulbe, peut-être hémorragique.
- . (cas n° 3) homme de 72 ans, ulcère de la petite courbure antrale à caillot adhérent et deux ulcères évolutifs du bulbe.

Dans chaque cas bien sûr un seul ulcère gastro duodéal est comptabilisé.

B - Les cas d'incertitude

1 - Siège inconnu : il n'a été comptabilisé dans le tableau 7, aucun cas d'ulcère gastro-duodéal correspondant à une hémorragie digestive de siège inconnu. Le tableau 10 montrera que deux ulcères gastro-duodénaux ont été découverts après mutation comme pouvant être à l'origine d'une hémorragie de siège inconnu. Sans doute d'autres hémorragies non inventoriées en urgence, et qui ne disposent pas de tels diagnostics d'orientation relèvent également d'un ulcère gastro-duodéal.

2 - Diagnostic inconnu : Dans deux cas de diagnostic non fait, l'intensité de l'hémorragie de siège gastrique certain a masqué la lésion causale : dans un de ces cas (cas n° 1), l'ulcère gastrique a été découvert par la suite, à l'intervention. Il est classé dans le tableau 9 comme diagnostic inconnu et constituera le seul cas où une intervention a été pratiquée sans que la lésion causale ait été à coup sûr déterminée. Dans le deuxième cas (cas n° 4) (femme de 91 ans), l'hémorragie digestive s'extériorisait sous forme de mélénas. Notion de prise d'anti-inflammatoires, saignement en nappe de la face postérieure du versant gastrique du cardia masquant la lésion causale. Décès par insuffisance cardiaque après récurrence secondaire. Une deuxième endoscopie n'ayant pas été possible, on ne peut que supposer qu'il s'agissait d'un ulcère.



3 - Ulcères gastro-duodénaux non hémorragiques associés à une autre lésion causale.

Deux cas d'association à des varices oesophagiennes dont la rupture ne fait aucun doute. Il s'agit du cas n° 5 (homme de 72 ans, varices oesophagiennes hémorragiques, petite ulcération de la face antérieure du bulbe) et du cas n° 6 (homme de 72 ans, cirrhotique présentant des hémorragies digestives à répétition par rupture de varices oesophagiennes; un ulcère pré pylorique avait été signalé lors d'une hémorragie digestive antérieure).

Un cas d'association avec un cancer du cardia (petite ulcération du canal pylorique). Il s'agit d'un homme de 77 ans qui présente en outre une gastro duodénite pétéchiale peut-être hémorragique et une déchéance hépatique majeure (cas n° 7).

C - Les ulcères gastro-duodénaux comptabilisés :

1 - Cas d'association avec une autre maladie hémorragique

a) Un cas d'ulcère gastro-duodéal comptabilisé comme hémorragique est associé à des varices oesophagiennes sans que l'on puisse déterminer laquelle de ces deux lésions est hémorragique : cas n° 8 (homme de 70 ans) ni l'ulcère pré pylorique, ni les varices ne saignent, l'artériographie elle-même n'a pu définir le lieu de l'hémorragie digestive : (décès tardif). Citons aussi d'emblée le cas n° 9 (femme de 70 ans) : l'endoscopie faite dans le service n'a pas montré de varices, mais uniquement un ulcère duodéal. Ce n'est qu'à l'intervention que l'on a découvert une hypertension portale. Nous reparlerons de ce cas d'échec, tant de l'endoscopie que de l'artériographie qui n'est pas comptabilisé parmi les varices oesophagiennes hémorragiques.

b) Un autre ulcère est associé à une hernie hiatale considérée comme hémorragique (cas n° 10 : homme de 83 ans). Il s'agit d'un ulcère du canal pylorique.

La grande fragilité de la muqueuse au niveau du collet de la hernie de la hernie ne permet pas d'éliminer le rôle de celle-ci dans l'hémorragie digestive.

c) Enfin, un des ulcères duodénaux est considéré comme associé à un syndrome de Mallory-Weiss. La prise de boissons alcoolisées avant l'hémorragie, et les vomissements incoercibles permettent d'évoquer ce syndrome bien que l'hémorragie digestive soit considérée comme duodénale (cas n° 11, homme de 75 ans).



2 - Place dans l'échantillon

Tableaux 7, 8 et 9.

Nous voyons que l'ulcère gastro-duodénal est présent dans plus d'1/3 de l'ensemble des cas d'hémorragie digestive et dans près de 50% des hémorragies digestives hautes.

3 - Répartition selon l'âge et le sexe

Le tableau 8 fait apparaître une fréquence moindre chez la femme (28% contre 40% chez l'homme) et après 80 ans (24% contre 42% de 70 à 79 ans).

Ces différenciations sont en grande partie dues aux hémorragies digestives de siège inconnu et aux hémorragies digestives basses : elles s'atténuent en effet dans le tableau 9 et le schéma concernant les ulcères gastro-duodénaux dans le tableau 8 est très proche de celui concernant les hémorragies digestives hautes dans le tableau 6.

4 - Rapport ulcère gastrique / ulcère duodénal

Dans notre échantillon, l'ulcère gastrique est plus fréquent que l'ulcère duodénal, le rapport UG/UD est donc inversé par rapport à une population de tous âges (thèse de Viable et Wilb 48% d'UG contre 53% d'U.D) (12).

Ce rapport de 57 UG contre 43 UD dans l'ensemble de notre échantillon s'accroît encore après 80 ans : 7 UG pour 3 UD.

Cette évolution est encore plus nette chez la femme.

Ces éléments se retrouvent dans le tableau 8 notamment en ce qui concerne la répartition des ulcères duodénaux selon l'âge et le sexe : les sujets de 70 ans à 79 ans forment la grande majorité des cas.

Ces constatations ne font que confirmer la plus grande fréquence de l'ulcère gastrique chez le sujet âgé, classique dans la littérature.

5 - La localisation

a) Les ulcères gastriques représentent 59% des localisations gastriques, mais 71 % de 70 ans à 79 ans et seulement 42% après 80 ans. Leur répartition selon l'âge et le sexe (tableau 8) comparée à la répartition des hémorragies digestives gastriques (tableau 6) montre d'ailleurs un plus faible pourcentage de sujets âgés.

Un cas d'ulcère pré-pylorique débordant sur le bulbe duodénal est considéré comme se rapportant à une hémorragie à la fois gastrique et duodénale.

b) Les ulcères duodénaux représentent 74% des hémorragies duodénales, un peu moins chez la femme et après 80 ans. La comparaison du schéma qui les concerne dans le tableau 8 avec celui du tableau 6 concernant les hémorragies digestives duodénales montre que les différences sont minimales.

c) Les 2 ulcères peptiques intéressent la muqueuse gastrique, bien que l'un des deux déborde sur l'anse afférente.



III - LES CAS DE RUPTURE DE VARICES OESOPHAGIENNES

A - Définition de la catégorie

Toutes les varices oesophagiennes de notre échantillon sont consécutives à une hypertension portale dans l'évolution d'une cirrhose éthylique, sauf dans un cas d'hépatome greffé sur cirrhose.

B - Les cas d'incertitude

1 - Siège inconnu : deux cas de rupture de varices oesophagiennes comptabilisés dans le tableau 7, correspondent à une hémorragie digestive de siège inconnu et disparaissent du tableau 9. Il s'agit :

- . du cas n° 12 (femme de 82 ans) le diagnostic a été porté sur des éléments cliniques, l'endoscopie étant impossible pour une raison inconnue.
- . du cas n° 13 (homme de 70 ans). Hématémèse massive dans un contexte évocateur endoscopie non faite du fait de l'état général.

Un autre cas n'est pas comptabilisé dans notre statistique, et fait partie des diagnostics d'orientation avancés après mutation (tableau 10).

2 - Varices oesophagiennes non hémorragiques associées à une autre maladie causale.

Non comptabilisés comme rupture de varices oesophagiennes, ces cas sont au nombre de 4 : dans 3 cas, il s'agit d'une déchéance hépatique majeure associée une fois à un ulcère gastrique, 1 fois à un ulcère duodénal, la troisième fois à un cancer du cardia (cas n° 7, déjà cité). Le 4ème cas concerne le cas n° 9 déjà cité.

C - Les cas comptabilisés

1 - Cas d'association entre rupture de varices oesophagiennes et une autre lésion hémorragique

Nous avons vu un cas d'association ulcère gastrique / rupture de varices (cas n° 8). Il faut rajouter un cas où la rupture de varices oesophagiennes intervient dans le contexte clinique d'un syndrome de Mallory-Weiss (cas n° 14, femme de 76 ans).

2 - Place dans l'échantillon :

Les ruptures de varices restent globalement à la deuxième place des causes d'hémorragie digestive représentant 15% des hémorragies digestives de toute origine et 19% des hémorragies digestives hautes.



3 - Répartition selon l'âge et le sexe

Le cas de varices oesophagiennes comptabilisés intéressent, presque tous, des sujets de 70 à 79 ans. Cette pathologie est pratiquement absente après 80 ans où elle ne représente que 3,5% des hémorragies digestives de toutes localisations, 3% des hémorragies digestives hautes.

Cette répartition très caractéristique saute aux yeux dans le schéma du tableau 8 concernant les ruptures de varices oesophagiennes.

Cette diminution de la fréquence des cas d'hémorragie digestive par rupture de varices oesophagiennes chez le sujet âgé est très classique dans la littérature. Elle est due à la gravité de cette affection qui ne laisse guère aux sujets qui en sont atteints le loisir d'atteindre un âge avancé (30 à 66% de mortalité selon les statistiques).

Enfin, dans le groupe d'âge où cette pathologie est assez fréquente pour permettre une comparaison entre les sexes (de 70 ans à 79 ans) on constate une prépondérance masculine supérieure à celle observée dans l'ensemble de l'échantillon.

4 - Localisation

Toutes les ruptures de varices oesophagiennes comptabilisées dans notre statistique intéressent l'oesophage. Elles représentent globalement 57% des hémorragies oesophagiennes, mais cette fréquence est de 70% chez les hommes de 70 à 79 ans.

IV - HERNIE HIATALE ET OESOPHAGITE

A - Définition de la catégorie

Nous avons choisi d'étudier dans une seule et même catégorie ces deux maladies. Ce choix tient compte :

- De l'association fréquente de ces deux types de lésion (l'oesophagite constituant alors une simple complication de la hernie hiatale).
- Du pronostic relativement bénin qui affecte ces lésions dans notre échantillon.

B - Les cas d'incertitude

Ils sont très nombreux :

Sur 32 cas où cette pathologie est signalée, nous n'avons en effet comptabilisé dans aucun tableau 14 cas où elle est associée à une autre maladie causale hémorragique, et ne joue aucun rôle dans cette hémorragie.



Le tableau 7 ne conserve donc que 18 cas où un saignement est possible au niveau d'une oesophagite ou du collet d'une hernie hiatale.

Mais le tableau 9 élimine encore 4 cas dans lesquels ce saignement est assez douteux pour que l'on ait considéré l'hémorragie comme étant de siège inconnu.

Une comparaison entre les 32 cas où cette pathologie est signalée et les 14 cas finalement retenus comme correspondant à une hémorragie haute est faite dans le schéma placé au bas du tableau 9.

Ajoutons à ces cas d'incertitude :

Le cas n° 15 classé comme diagnostic non-fait : femme de 72 ans chez qui l'endoscopie montre une zone dépolie faisant discuter une oesophagite localisée ou une petite lésion cellulaire.

C - Les cas comptabilisés

1 - Cas d'association d'une hernie hiatale et/ou oesophagite hémorragique avec une autre lésion hémorragique

Le rôle de cette pathologie dans l'hémorragie n'a pas pu être écarté dans :

- . le cas n° 10 d'association d'une hernie hiatale non compliquée avec un ulcère gastrique, déjà cité.

- . un cas d'association d'une oesophagite avec une gastroduodénite chez une femme éthylique de 75 ans (cas n° 16); l'hémorragie digestive étant considérée comme de siège inconnu, ce cas n'est pas comptabilisé dans le tableau 9.

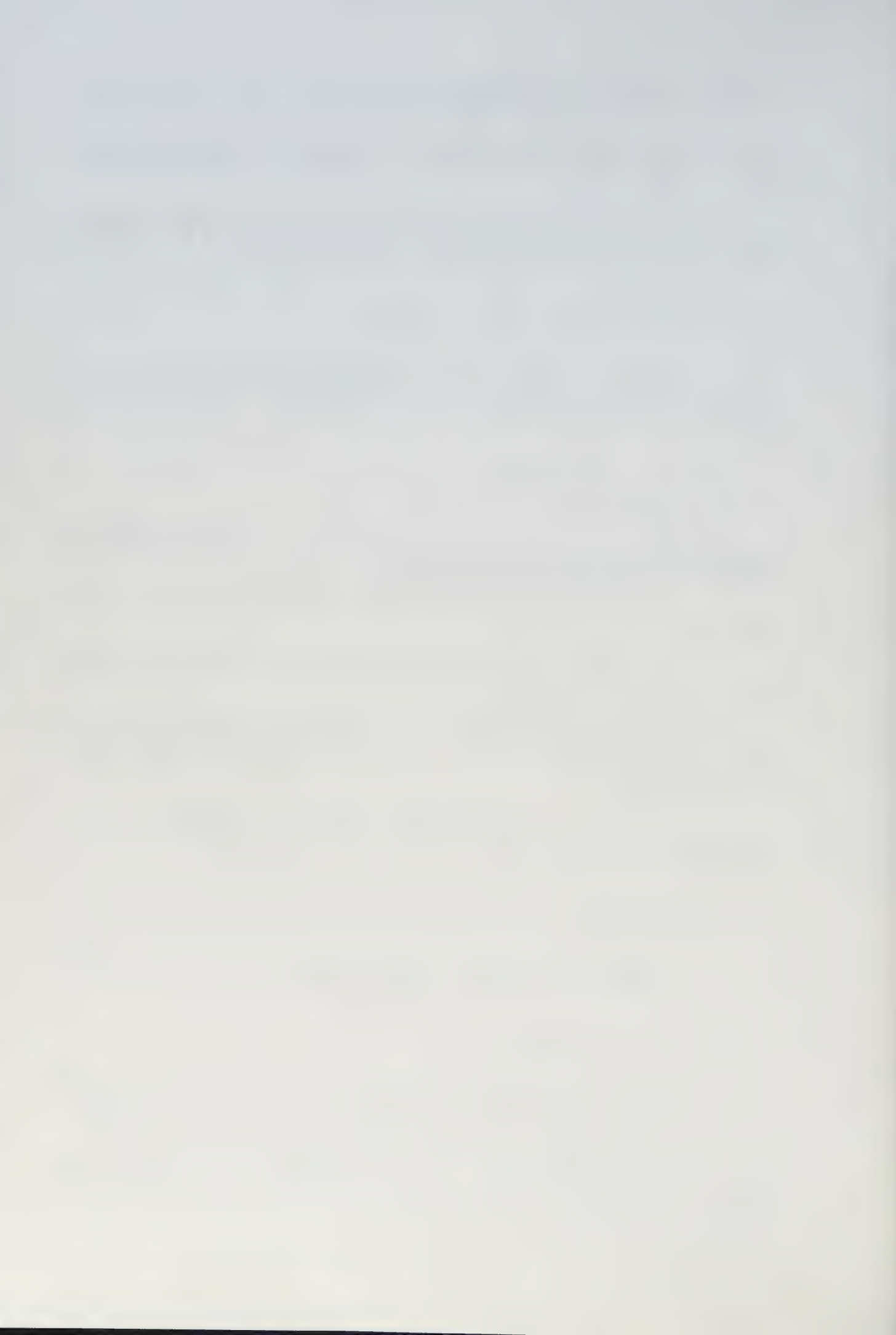
- . un cas où la hernie hiatale compliquée d'oesophagite intervient dans le contexte clinique d'un syndrome de Mallory-Weiss (cas n° 17, homme de 73 ans).

- . dans un cas d'oesophagite isolée et associée à un angiome de l'autre (cas n° 18).

- . Enfin, dans deux cas, (hommes de 74 ans et 88 ans), le collet de la hernie hiatale est ulcéré (ulcères aigus).

2 - Place dans l'échantillon

Alors que une hernie hiatale compliquée ou non, ou une oesophagite est découverte dans 19% des cas, les cas retenus ne représentent plus que 10% de l'ensemble des hémorragies digestives hautes. Cela les met à la troisième place des lésions causales dans notre échantillon, place d'ordinaire occupée par les gastro-duodénites. Ceci est partiellement dû au fait que notre définition de la catégorie (qui associe hernie hiatale et oesophagite) est plus extensive que la catégorie "hernie hiatale".



Néanmoins, l'augmentation de l'incidence de ces lésions dans les hémorragies digestives, avec l'âge, est indéniable.

3 - Répartition selon l'âge et le sexe :

Les deux tableaux (7 et 9) montrent un pic de fréquence chez les hommes de 80 ans et plus.

La fréquence de cette pathologie est globalement supérieure après 80 ans; ces constatations sont vérifiées par le schéma du tableau 8 qui concerne cette pathologie.

4 - Répartition entre hernie hiatale et oesophagite

Le schéma placé au bas du tableau 9 montre que l'oesophagite et la hernie hiatale compliquée sont plus fréquentes parmi les 14 cas retenus comme hémorragiques que parmi les 32 cas recensés (ces derniers comptent 4 oesophagites isolées, 18 hernies hiatales non compliquées, et 10 hernies hiatales compliquées d'oesophagite).

5 - Localisation

Les deux oesophagites correspondent bien sûr à des hémorragies oesophagiennes, 11 hernies hiatales sur 12 (92%) correspondent à une hémorragie oesophagienne, 3 à une hémorragie gastrique (25%). Dans deux cas, les deux organes sont donc intéressés.

Les hernies hiatales hémorragiques isolées ou compliquées représentent 26% des hémorragies oesophagiennes (11 cas), les oesophagites hémorragiques, qu'elles soient associées ou non à une hernie hiatale représentent 17% des hémorragies digestives oesophagiennes (7 cas).

Au total, cette pathologie est responsable de 31% des hémorragies oesophagiennes (13 cas).

Les hernies hiatales enfin sont responsables de 5% des hémorragies digestives gastriques (3 cas).

V - GASTRO - DUODENITES

=====

A - Définition de la catégorie

Nous n'avons comptabilisé que les gastro-duodénites isolées à l'exclusion des gastro-duodénites péri-ulcéreuses, dont la réalité dépend beaucoup de l'appréciation de l'endoscopiste.



B - Les cas d'incertitude

1 - Sièges inconnus

Deux des cas de gastro-duodénite comptabilisés dans le tableau 7 ont été éliminés du tableau 9 comme correspondant à des hémorragies digestives de siège inconnu. Il s'agit du cas n° 16 (association oesophagite + gastro-duodénite chez une femme de 75 ans éthylique) et d'un cas de gastrite, découvert chez un homme de 80 ans ayant présenté des mélénas douteux et porteur par ailleurs d'un néo de la lèvre inférieure.

2 - Gastro-duodénite non hémorragique associée à une autre lésion hémorragique :

On compte 6 cas de gastro-duodénite péri ulcéreuse (2 ulcères gastriques, 4 ulcères duodénaux) ce qui représente 9,8% des cas d'ulcères gastro-duodénaux, 5,7% des cas d'ulcères gastriques, et 15,4% des cas d'ulcères duodénaux.

Dans deux cas, une gastro duodénite non hémorragique est associée à une rupture de varices oesophagiennes.

Rajoutons enfin un cas de gastro-duodénite échymotique, probablement hémorragique chez une femme, présentant une thrombopénie idiopathique (cas n° 19), le cas est comptabilisé comme hémopathie.

C - Les cas comptabilisés

1 - Les cas d'association avec des lésions hémorragiques

Rappelons d'abord le cas 7 déjà cité, homme de 77 ans saignant d'un cancer du cardia, la gastrite pétychiale qui y est associée, était peut-être aussi hémorragique. Par contre, la petite ulcération du canal pylorique ne semblait pas avoir saigné.

Rappelons également le cas n° 16 d'association avec une oesophagite le siège de l'hémorragie digestive restant inconnu.

Il faut ajouter un cas d'association avec un ulcère aigu. Ce cas pourrait être en fait assimilé à une gastro-duodénite exulcérée.

2 - Place dans l'échantillon

Cette lésion représente 9 % de l'ensemble des cas d'hémorragie digestive, 10,5 % des hémorragies digestives hautes.

3 - Répartition selon l'âge et le sexe

On constate deux pics, chez les femmes de 70 ans à 79 ans d'une part, chez les hommes de 80 ans et plus d'autre part. Sans doute s'agit-il d'une caractéristique propre à notre échantillon, sans grande signification. Le schéma du tableau 8 concernant les gastro-duodénites confirme cette répartition.



4 - La localisation

Sur 14 cas de gastro-duodénites hémorragiques 7 concernent l'estomac (50% des cas), 9 le duodénum (64% de cas). On a donc deux cas de gastro-duodénites à proprement parler, 5 gastrites et 7 duodénites.

Les duodénites sont présentes dans 23% des hémorragies duodénales. Les gastrites sont responsables de 12% des hémorragies digestives gastriques.

VI - LES CANCERS

=====

Ils sont tous considérés comme hémorragiques.

A - Définition de la catégorie

Nous avons retenu dans cette catégorie tous les cas de cancers, même ceux signalés après mutation, car il est important de voir ceux qui n'ont pas été découverts au service d'urgence.

B - La localisation

1 - Parmi les 11 cas de cancers retenus, (6 % de l'échantillon), on compte : 2 cancers rectaux découverts à la suite de rectoragies minimes (intervention différée dans les 2 cas).

2 - Parmi les 9 cancers hauts situés (7% des hémorragies digestives hautes). On compte :

a) 2 cancers oesophagiens ce qui représente 5% des hémorragies oesophagiennes.

Le cas n° 20 homme de 70 ans : récurrence néoplasique 3 ans après oesophagectomie, (présence de caillot sur néo bourgeonnant) et le cas n° 21 homme de 75 ans adéno-carcinome bourgeonnant du cardia intéressant également l'estomac.

b) 8 Cancers gastriques (14% des localisations gastriques) avec :

- 2 cancers bourgeonnants du Cardia :

. le cas n° 21 cité ci-dessus

. le cas n° 7 déjà cité, homme de 77 ans chez qui s'associent un cancer du Cardia et une gastroduodénite hémorragiques (à cette dernière s'associe lors d'une récurrence une petite ulcération du canal pylorique de type aiguë, classée gastrique, non hémorragique). Ce malade présente en outre une déchéance hépatique majeure.



- Trois cancers ulcéro végétants : un homme de 85 ans, une femme de 82 ans et une femme de 97 ans. Dans deux cas siège possible, dans un cas siège probable; un de ces cancers n'a été diagnostiqué qu'après mutation; Il est néanmoins comptabilisé. Dans les trois cas, la nature maligne de la lésion ne fait pas de doute.

- Trois cancers ulcériformes

Dans 2 cas (une femme de 84 ans et un homme de 72 ans) l'ulcération est suspecte à l'endoscopie, la malignité est confirmée par l'anapath. Le rôle dans l'hémorragie digestive est certain dans les deux cas.

Dans le troisième cas (femme de 90 ans, cas n° 22), l'ulcération de la petite courbure verticale paraissait banale sur un transit oeso-gastro-duodénal. L'endoscopie a été refusée par la malade dans le service. Le diagnostic n'a été affirmé qu'après mutation. Ce cancer est considéré comme siège possible de l'hémorragie.

Parmi ces trois cas, on compte donc un transit oeso-gastro-duodénal trompeur. Par contre, l'endoscopie n'a pas été mise en défaut.

Nous verrons qu'on peut, par contre, lui attribuer deux erreurs par excès de prudence (deux ulcères gastro-duodénaux signalés comme suspects).

C - Répartition selon l'âge et le sexe

Bien que le petit nombre de lésions ne permette pas d'avancer de conclusion trop définitive, il semble que le cancer soit mieux représenté chez le sujet âgé, ce qui n'a rien de surprenant.

VII - LE SYNDROME DE MALLORY - WEISS

=====

A - Définition de la catégorie

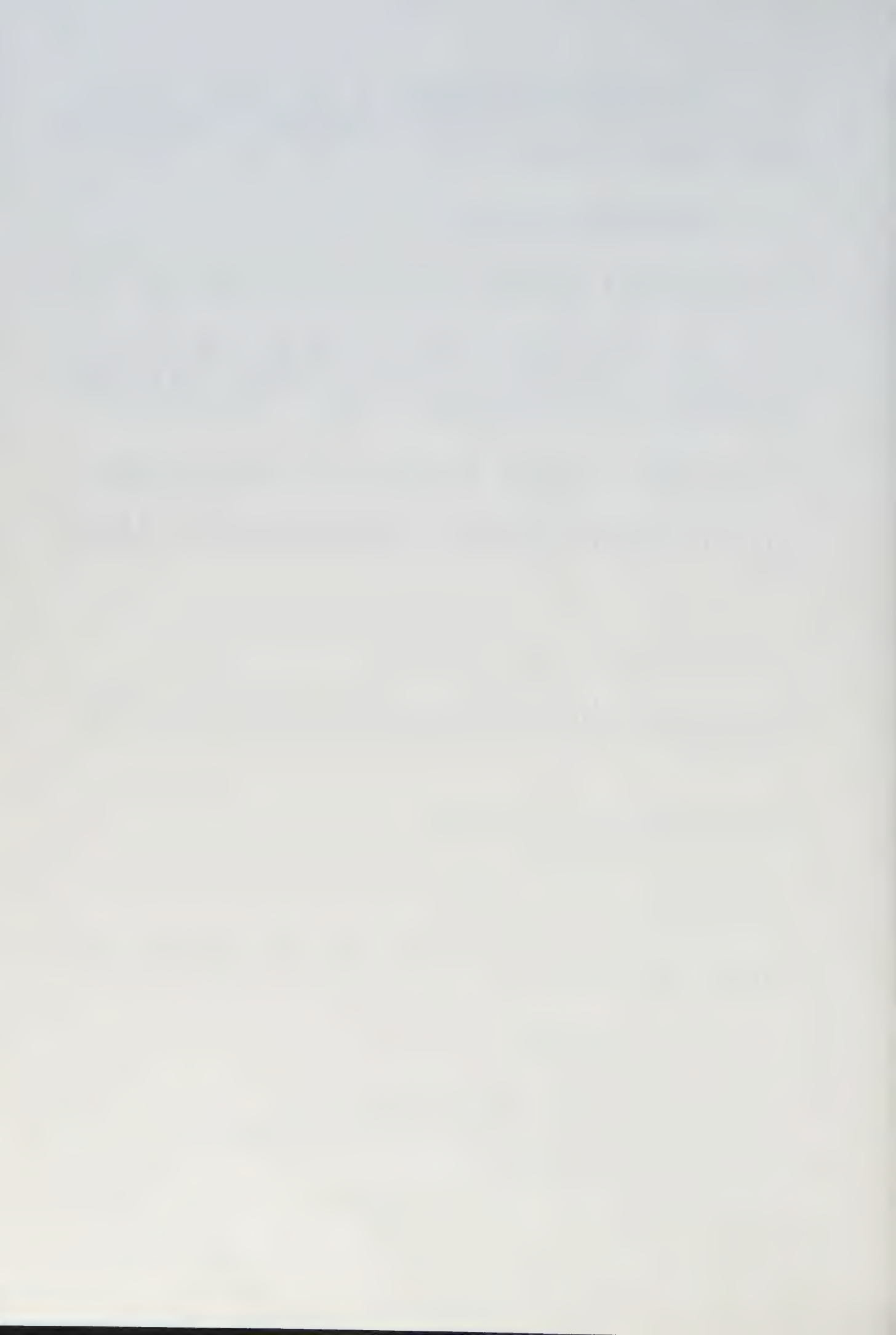
Il a été retenu comme jouant un rôle dans l'hémorragie chaque fois qu'il est signalé.

B - Cas d'associations

Avec une lésion organique hémorragique.

Une telle association a déjà été signalée trois fois :

- cas n° 10 (ulcère duodénal)
- cas n° 14 (rupture de varices oesophagiennes)
- cas n° 17 (hernie hiatale + oesophagite)



C - La localisation de l'hémorragie

En cas de syndrome de Mallory-Weiss on note un cas d'hémorragie duodénale association avec ulcère duodénal) et un cas d'hémorragie gastrique (l'oesophage saigne aussi dans ce cas).

On compte donc 4 hémorragies oesophagiennes soit 10% des cas d'hémorragies oesophagiennes.

VIII - LES AUTRES LESIONS HAUTES

A - L'ulcère aigu

Il n'en a été retenu que trois cas dans notre échantillon, deux d'entre eux compliquant une hernie hiatale, l'autre signalé sur fond de gastro-duodénite. Notre définition de cette lésion est donc très restrictive. Signalons que NOEL (11) signale 30% d'ulcérations gastriques aiguës et 10% d'ulcérations duodénales aiguës soit 74 cas d'ulcères aigus sur 184 hémorragies digestives hautes. Mais il définit comme ulcères aigus toutes les ulcérations planes en carte de géographie, exulcération multiples ou uniques ainsi que les lésions uniques et creusantes, que les antécédents, les circonstances d'apparition, (prise de médicaments gastro-toxiques) soit l'étude histologique et, soit de la pièce opératoire, soit plus souvent, le délai de cicatrisation contrôlé par endoscopie (moins de 10 jours) permettent de considérer comme aiguës. Dans notre statistique, cette définition s'applique à un certain nombre de lésions comptabilisées comme ulcères gastro-duodénaux ou gastro-duodénite (exulcérée).

B - Les cas d'hémopathie

On compte :

- 1 cas de thrombopénie idiopathique (cas n° 19), femme de 87 ans. A l'endoscopie oesophagite et gastroduodénite à tendance échyмотique (qui ne sont pas comptabilisées comme telles). Hémorragie digestive considérée comme de siège gastrique possible.
- 1 cas d'anémie hémolytique auto-immune avec thrombopénie à 70.000 (cas n° 23) homme de 70 ans. L'hémorragie digestive est considérée comme étant de siège inconnu malgré la découverte d'une malposition cardio-tubérositaire et d'une gastrite chronique, à gros plis qui ne paraissaient pas hémorragiques.

C - L'angiome

Il s'agit du cas 18 déjà cité. Femme de 70 ans chez qui les 4 angiomes de 8mm de diamètre découverts sur la face antérieure de la petite



courbure de l'antre prépylorique sont associées à une oesophagite avec ulcérations, taches nécrotiques et pseudo membrane (siège possible oesophage ou estomac).

IX - SIEGES INCONNUS ET DIAGNOSTICS NON FAITS

A - Diagnostics non faits

Nous avons vu trois cas d'hémorragie digestive haute, de siège connu, pour lesquels la lésion causale n'a pu être mise en évidence. Il s'agit des cas n° 1 et 4 (hémorragies gastriques dont l'abondance masque la lésion causale; dans un cas un ulcère gastrique est découvert à l'intervention) et du cas n° 14 (lésion oesophagienne inflammatoire ou néoplasique).

Il faut y ajouter un cas d'hémorragie basse considérée comme de siège rectal possible sans qu'un diagnostic n'ait été avancé malgré la rectoscopie.

Sur les 33 cas où le diagnostic n'a pu être fait en urgence, il reste donc 29 cas où l'hémorragie digestive est de siège inconnu.

B - Les hémorragies digestives de siège inconnu pour lesquelles un

diagnostic d'élimination est avancé

Elles sont au nombre de 8, comptabilisées dans le tableau 7, éliminées du tableau 9. Les maladies causales détaillées dans le tableau 10 ont été découvertes en urgence. Elles n'étaient pas hémorragiques au moment de l'examen.

Il nous reste donc bien 29 cas d'hémorragie digestive de siège inconnu pour lesquelles aucun diagnostic n'est avancé en urgence.

Leur pourcentage nous permet de définir ce que nous avons appelé "le degré d'ignorance diagnostique relative". C'est le pourcentage de cas pour lesquels les moyens paracliniques mis en oeuvre au service d'urgence ne permettent d'avancer ni un siège, ni une lésion causale.

Nous voyons dans le tableau 10 qu'il est de 17%, un peu plus fort pour les femmes de 70 ans à 79 ans (18%), beaucoup plus fort pour les femmes de 80 ans et plus (29%).

Le schéma du tableau 8 confirme cette impression. A noter qu'il est très similaire au schéma du tableau 6 concernant les hémorragies digestives de siège inconnu.



C - Forme clinique des hémorragies digestives de siège inconnu

Elle est étudiée comme pouvant donner une information quant au siège de l'hémorragie.

- Hématémèse avec ou sans méléas :

ces cas correspondent à des hémorragies digestives hautes. On compte 11 cas, soit 30% des hémorragies digestives de siège inconnu. Plus fréquents chez la femme de 70 ans à 79 ans.

- Rectorragies peu abondantes :

correspondent vraisemblablement à des hémorragies basses.

Au nombre de 7, un diagnostic n'est avancé pour aucune d'entre elles. Elles représentent 19% des cas d'hémorragies digestives de siège inconnu. Elles sont plus fréquentes chez les hommes de 80 ans et plus.

- Méléas ou rectorragies abondantes.

Ces cas ne se prêtent à aucune hypothèse quant au siège de l'hémorragie, puisque 8% des cas de rupture de varices oesophagiennes 26% des cas d'ulcères gastriques hémorragiques et 30% des cas d'ulcères duodénaux hémorragiques se manifestent uniquement par des méléas. (MOYSON) (9).

D - Les orientations diagnostiques

Nous avons classé sous cette appellation deux types de diagnostics :

- Ceux que permettent d'avancer les antécédents ou la clinique lorsque l'endoscopie est impossible. Sont notamment considérés comme tels les 7 cas de rétorragie basses qui permettent de conclure avec plus ou moins de certitude à une hémorragie de localisation basse.
- Ceux qui ont été faits après arrêt de l'hémorragie et mutation (sauf 3 cas de cancers qui, nous l'avons vu, ont été comptabilisés comme sièges possibles).

Les hémorragies digestives de siège inconnu auxquelles ne se rattache aucune orientation diagnostique quelle qu'elle soit, nous permettent de définir dans la dernière ligne du tableau 10 ce que nous avons appelé "le degré d'ignorance diagnostique absolue" : 9 %.

C'est le pourcentage de cas pour lesquels la forme clinique de l'hémorragie digestive, la connaissance des antécédents, les examens para-cliniques pratiqués en urgence et le courrier éventuellement reçu après mutation, ne permettent aucune orientation diagnostique à postériori.

Nous voyons que ces cas sont surtout nombreux chez les femmes.

En conclusion, dans 83% des cas un diagnostic, même aléatoire, a pu être avancé dans le cadre du service d'urgence, et 91% des hémorragies digestives de notre échantillon bénéficient d'une orientation diagnostique.



HEMORRAGIES DE SIEGE INCONNU ;
DEGRES D'IGNORANCE DIAGNOSTIQUE .

		70 à 79 ans		80ans et +		70-79 ans	80ans et +	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe					
Nombre de sièges inconnus		13	7	4	13	20	17	17	20	37
HEMATEMESES (avec ou sans méléna)	Nb	3	4	1	3	7	4	4	7	11
	%	23,08	57,14	25,00	23,08	35,00	23,53	23,53	35,00	29,74
MELENAS, ou Rectorragies abondantes.	Nb	7	3	1	8	10	9	8	11	19
	%	53,84	42,86	25,00	61,54	50,00	52,94	47,06	55,00	51,35
RECTORRAGIES PEU ABONDANTES	Nb	3	0	2	2	3	4	5	2	7
	%	23,08	/	50,00	15,38	15,00	23,53	29,41	10,00	18,91
DIAGNOSTICS D'ELIMI- NATION	Nombre total	3	1	1	3	4	4	4	4	8
	Hernie Hiatale	1	1	0	2	2	2	1	3	4
	Gastre-Duod.	0	1	1	0	1	1	1	1	2
	Rupture de VC	1	0	0	1	1	1	1	1	2
	Hémopathie	1	0	0	0	1	0	1	0	1
DIAGNOSTICS d'ORIENT- TATION (antécédents clinique, maladies découvertes après arrêt de l'HD et mutation...)	Nombre total	6	1	3	4	7	7	9	5	14
	H.D. Basse	3	0	2	2	3	4	5	2	7
	Ulc. Gastrique	1	0	0	0	1	0	1	0	1
	Ulc. Duodénal	0	0	1	0	0	1	1	0	1
	Rupture de VC	1	0	0	0	1	0	1	0	1
	Gastro-Duod.	0	0	0	2	0	2	0	2	2
	OEsophagite	1	0	0	0	1	0	1	0	1
	Diverticuloses	0	1	0	0	1	0	0	1	1
Nombre TOTAL de cas d'HD		80	33	24	35	113	59	104	68	172
Pas de Dg., à l'élimination		10	6	3	10	16	13	13	16	29
Degré d'ignorance relative		12,50	18,18	12,50	28,67	14,15	22,04	12,50	23,53	16,86
Aucune orientation Dg. V		4	5	0	6	9	6	4	11	15
Degré d'ignorance absolue		5,00	15,15	/	17,14	7,96	10,17	3,84	16,18	8,72



X - LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES DE LOCALISATION BASSE

=====

Introduction

Si on ajoute aux 11 hémorragies basses comptabilisées dans le tableau 5 les 7 hémorragies de siège inconnu correspondant à des rectorragies minimes, on arrive à un total de 18 hémorragies "présumées basses".

Les 154 autres cas seront considérés comme correspondant à des hémorragies "présumées hautes".

Sur les 18 cas d'hémorragie présumée basse, un diagnostic n'a pu être avancé que dans 10 cas comptabilisés au tableau 7.

A - Le colon

1 - Les diverticules

Ils sont au nombre de 4, un seul correspond à un siège certain : cas n° 24, femme de 79 ans présentant un extra vasa à l'artériographie, dû à une érosion artérielle au fond d'un diverticule.

Les trois autres correspondent à des sièges probables ou possibles, mais il s'agit plutôt de diagnostics d'élimination.

2 - La fistule

Intéresse également le grêle. Il s'agit du cas n° 25 : femme de 77 ans opérée 10 jours avant pour perforation du coecum en amont d'une tumeur sigmoïdienne sténosante : anastomose iléo-colique au niveau de laquelle la réintervention pour hémorragie digestive permet de constater une perforation de l'intestin dans la veineésentérique supérieure.

B - Le rectum

Outre les deux cancers découverts à la rectoscopie, on compte trois traumatismes rectaux (dont deux vérifiés par rectoscopie).



XI - ETUDE SYNTHETIQUE DE L'IMPORTANCE RELATIVE DES MALADIES CAUSALES

A - Nous remarquons dans les tableaux 7 et 9 que dans le groupe des sujets les moins âgés (70 ans à 79 ans), les cas d'ulcères gastro-duodénaux et rupture de varice oesophagienne pris ensemble dominant largement tant dans l'ensemble de l'échantillon (63% des cas à eux deux) que parmi les hémorragies hautes (3/4 des cas). Cette tendance est encore plus nette chez les hommes (2/3 des cas dans l'ensemble de l'échantillon, 80% des hémorragies digestives hautes).

B - Par contre, chez les sujets de plus de 80 ans, les ruptures de varices oesophagiennes ne jouent quasiment plus aucun rôle. Les ulcères gastro-duodénaux ne représentent plus que 24% de l'ensemble de l'échantillon, mais encore 41% des hémorragies digestives hautes. Il est vrai que les hémorragies basses et les hémorragies digestives de siège inconnu, représentent dans ce groupe d'âge 42% des hémorragies digestives de toutes origines (contre 28% dans l'ensemble de l'échantillon et 20% chez les sujets de 70 ans à 79 ans). Parmi les hémorragies digestives hautes, dans ce groupe d'âge, les hernies hiatales et oesophagites, gastro-duodénites et cancer représentent 50% des cas, soit plus que les ulcères gastro-duodénaux.

On assiste donc après 80 ans à un éparpillement des causes, les maladies causales secondaires et les localisations basses prenant une place plus grande. Ces lésions étant d'un diagnostic plus aléatoire, ce fait joue certainement un rôle dans l'hésitation diagnostique dans ce groupe d'âge. Il semble par ailleurs que l'âge lui-même, obstacle à une attitude diagnostique offensive, joue un rôle dans cette incertitude.

XIII - COMPARAISON AVEC D'AUTRES STATISTIQUES

Nous nous sommes volontairement limité à un nombre relativement restreint de statistiques présentant la particularité de s'appliquer à des sujets d'âges divers. Il s'agit en effet de déterminer les tendances les plus universelles en ce qui concerne l'évolution de la fréquence de chaque maladie causale avec l'âge.

A - Les statistiques utilisées

1 - Statistique de Vialle et Wilb (12) :

781 cas d'hémorragies digestives de toutes localisations

Cette statistique présente l'avantage de se rapporter à un échantillon de tous âges et de même recrutement que le nôtre, puisqu'il s'agit de cas hospitalisés dans le même pavillon dans les années 1971, 72 et 73. Les modalités d'étude en sont très similaires.

De ce fait, les chiffres sont aisément comparables.



2 - Les autres statistiques

Elles concernent les hémorragies digestives hautes, nous les comparerons donc au tableau 9. Le recrutement des sujets et les modalités d'étude sont diverses, mais elles concernent des sujets âgés. L'âge de référence est variable.

a) La statistique d'E.C. NASH (10) "Upper gastro-intestinal hemorrhage in the aged" hémorragies digestives hautes du sujet de plus de 60 ans.

b) La statistique de J. COMBE, A. DREYFUS (2), P. MILLERET : 33 hémorragies digestives hautes massives chez le sujet de plus de 75 ans.

Ces chiffres sont mis en parallèle avec ceux que nous possédons pour tous nos sujets (70 ans et plus) et parmi eux ceux qui ont 80 ans et plus.

B - Comparaison avec une population de tous âges (tableau 11 A)

Chez le sujet de 70 ans et plus par rapport à une population de tous âges, nous constatons :

- une fréquence moindre des ulcères gastro-duodénaux et une inversion du rapport UG/UD.
- une diminution importante de la fréquence des ruptures de varices oesophagiennes.
- une augmentation de la fréquence des hernies hiatales et oesophagites, des gastro-duodénites et cancer, triplée pour les hernies hiatales plus oesophagites.
- une fréquence un peu plus grande des diagnostics non faits et une fréquence double des hémorragies digestives de localisations basses.

C - Comparaison avec les statistiques concernant le sujet âgé

(tableau 11 B)

Dans ces statistiques se rapportant à des hémorragies digestives hautes, la diminution de fréquence des ulcères gastro-duodénaux est bien moins évidente. Notre échantillon est celui qui enregistre la fréquence la moins forte. Par contre, la tendance de l'ulcère gastrique à dominer avec l'âge est constante. C'est ainsi que, quelque soit par ailleurs la fréquence des ulcères gastro-duodénaux, la fréquence de l'ulcère duodénal ne cesse de diminuer avec l'âge.



MALADIES CAUSALES
COMPARAISONS ENTRE PLUSIEURS STATISTIQUES

A) COMPARAISON AVEC UNE POPULATION DE TOUS AGES :

Hémorragies de toutes localisations.

Statistiques utilisées :

- a) Tous ages : thèse de Vialle et Wilb. (12)
b) 70 ans et plus : notre statistique.

		ULC. GASTRO-DUODENaux (+U.P.)	ULCERES GASTRIQUES	ULCERES DUODENaux	RUPT. de VARICES OESOPHAGIENNES	HERNIE HIATALE + OESOPHAGITE	GASTRO-DUODENITE	CANCER	MALLORY-WEISS.	DIAGNOSTICS NON - FAITS	LOCALISATIONS BASSES
a) Tous ages	Nb	296	139	148	207	26	39	25	1	117	28
781 cas	%	37,90	17,79	18,94	26,50	3,32	4,99	3,20	0,12	14,98	3,59
b) 70 ans et +	Nb	61	35	26	26	18	15	11	5	33	11
172 cas	%	35,46	20,35	15,11	15,11	10,47	8,72	6,39	2,90	19,19	6,39

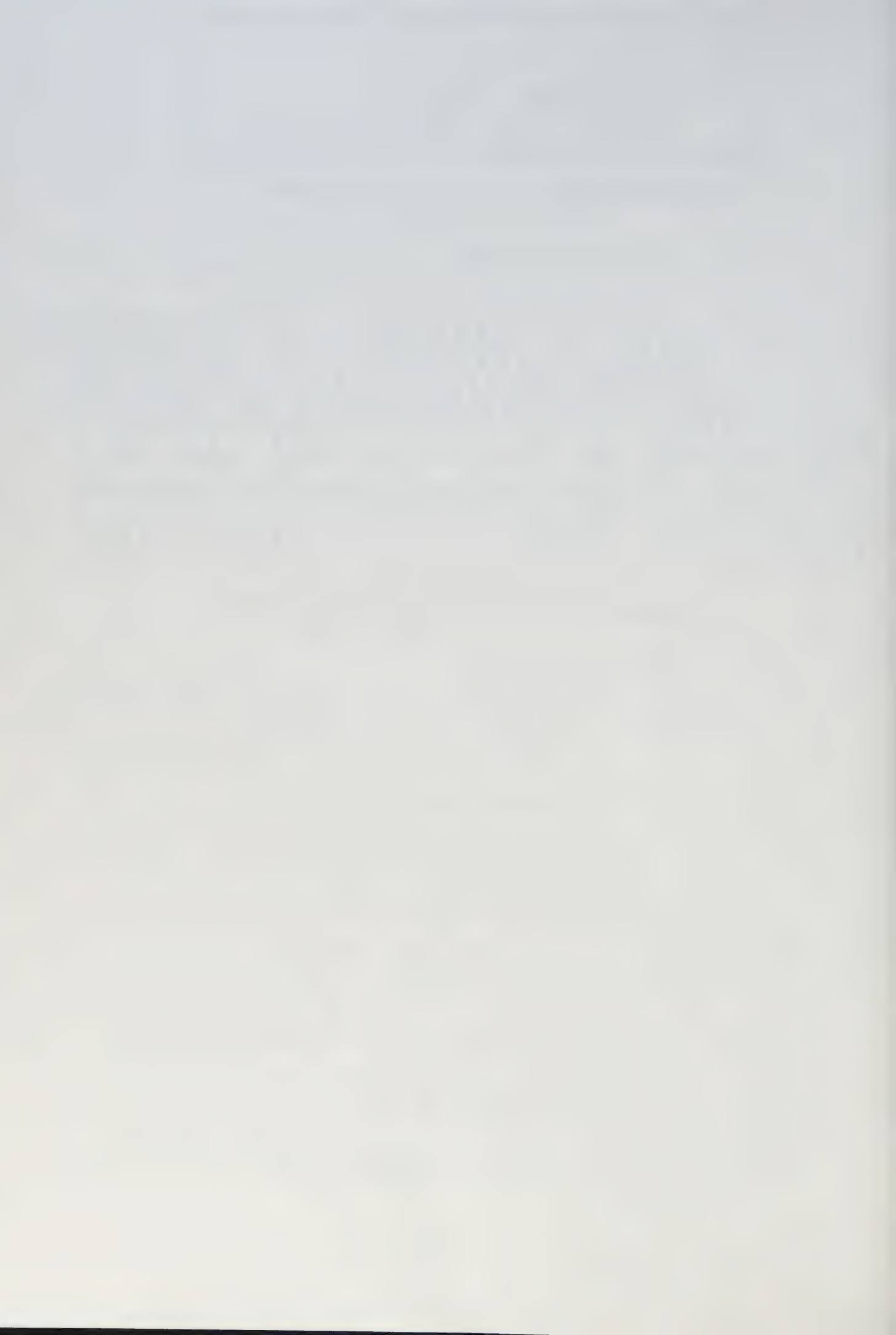
B) COMPARAISON ENTRE DES POPULATIONS DE SUJETS AGES :

Hémorragies Hautes.

Statistiques utilisées :

- a) 60 ans et plus : E. C. NASH : Upper gastro-intestinal Hemorrhage in the aged (10)
b) 70 ans et plus : Notre statistique
c) 75 ans et plus : J. COMBE, A. DREYFUS, P. MILLERET (2)
Les hémorragies digestives hautes massives chez les vieillards.
d) 80 ans et plus : notre statistique.

		ULC. GASTRO-DUODENaux	ULCERES GASTRIQUES	ULCERES DUODENaux	RUPT. de VARICES OESOPHAGIENNES	HERNIE HIATALE + OESOPHAGITE	GASTRO-DUODENITE	CANCER	MALLORY-WEISS
a) 60ans et +	Nb	49	27	22	15	3	5	3	0
75 cas	%	65,33	36,00	29,33	20,00	4,00	6,67	4,00	/
b) 70ans et +	Nb	61	35	26	24	14	13	9	5
124 cas	%	49,19	28,23	20,97	19,35	11,29	10,48	7,26	4,03
c) 75ans et +	Nb	17	11	6	2	6	2	5	1
33 cas	%	51,51	33,33	18,18	6,06	24,24	6,06	15,15	3,03
d) 80ans et +	Nb	11	10	4	1	6	6	5	1
34 cas	%	41,18	29,42	11,76	2,94	17,65	17,65	14,71	2,94



Constante également est la diminution de fréquence des ruptures de varices oesophagiennes, avec l'âge, et l'augmentation de fréquence des cancers et de lapathologie hernie hiatale-oesophagite.

Les gastro-duodénites sont mieux représentés dans notre échantillon, mais l'affirmation de leur existence est peut être sujette à une interprétation plus subjective.

D - Répartition selon l'âge des ulcères gastro-duodénaux et des

 ruptures de varices oesophagiennes

Dans le tableau 12 nous avons fait une comparaison plus poussée en ce qui concerne la fréquence de ces deux maladies selon l'âge, entre la statistique de Vialle et Wilb (12) et la nôtre.

Nous constatons dans la partie A du tableau un assez bon parallélisme entre les deux statistiques.

C'est ce parallélisme qui nous a semblé autoriser la pondération des chiffres de Vialle et Wilb par les nôtres au-delà de 70 ans pour l'établissement des courbes de la partie B du tableau.

Ces courbes montrent

- En ce qui concerne les ulcères gastro-duodénaux, ils sont très fréquents chez les sujets jeunes. Leur fréquence est moindre de 40 ans à 60 ans (âge d'élection des ruptures de varices oesophagiennes) augmente après 60 ans (décroissance progressive de la fréquence des ruptures de varices oesophagiennes),

Pour diminuer à nouveau après 80 ans : nous avons vu qu'après cet âge cette diminution est surtout due à l'augmentation des hémorragies digestives dues à une lésion inconnue et des hémorragies digestives basses (puisqu'elle est moins nette pour les hémorragies digestives hautes).

L'augmentation de la fréquence des hernies hiatales et oesophagites, des cancers et des gastro-duodénites compense la diminution de fréquence des ruptures de varices oesophagiennes.

- Les ruptures de varices oesophagiennes : elles occupent une place très importante de 50 ans à 60 ans (à cet âge elles dépassent les ulcères gastro-duodénaux par leur fréquence).

Elles s'observent essentiellement entre 40 ans et 70 ans, elles sont rarissimes avant 30 ans et après 80 ans.



ULCERES GASTRO-DUODENAUX, RUPTURES DE VARICES OESOPHAGIENNES
REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE

A) COMPARAISON AVEC LA STATISTIQUE DE VIALLE ET WILB : ⁽¹²⁾

	Nb de cas		ULCERES GASTRO-DUODENAUX (soit: Ulcères Peptiques)				RUPTURES DE VARICES OESOPHAGIENNES			
	Vialle et Wilb	Stat. Actu- elle	Vialle & Wilb		Stat. Act.		Vialle & Wilb		Stat. Act.	
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Population Tous Ages	781		267	36,74			207	26,50		
Pop. moins de 60 ans	390		152	38,98			114	29,24		
Pop. moins de 70 ans	595		218	36,65			184	30,92		
Pop. 60 ans et Plus	391		135	34,53			93	23,78		
Pop. de 60 à 69 ans	205		66	32,20			70	34,15		
Pop. 70 ans et Plus	186	172	69	37,09	59	34,30	23	12,36	26	15,11
Pop. de 70 à 79 ans	127	113	50	39,37	45	39,82	19	14,96	24	21,21
Pop. 80 ans et Plus	59	59	19	32,20	14	23,72	4	6,78	2	3,39
Hommes, tous ages	553		209	37,79			162	29,28		
Hommes, 70ans et +		104			41	39,43			20	19,23
Femmes, tous ages	228		78	34,20			45	19,74		
Femmes, 70 ans et +		68			18	26,47			6	8,82

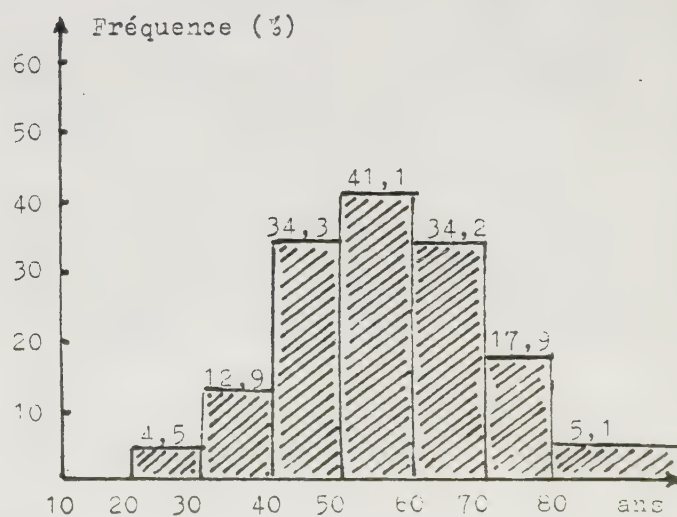
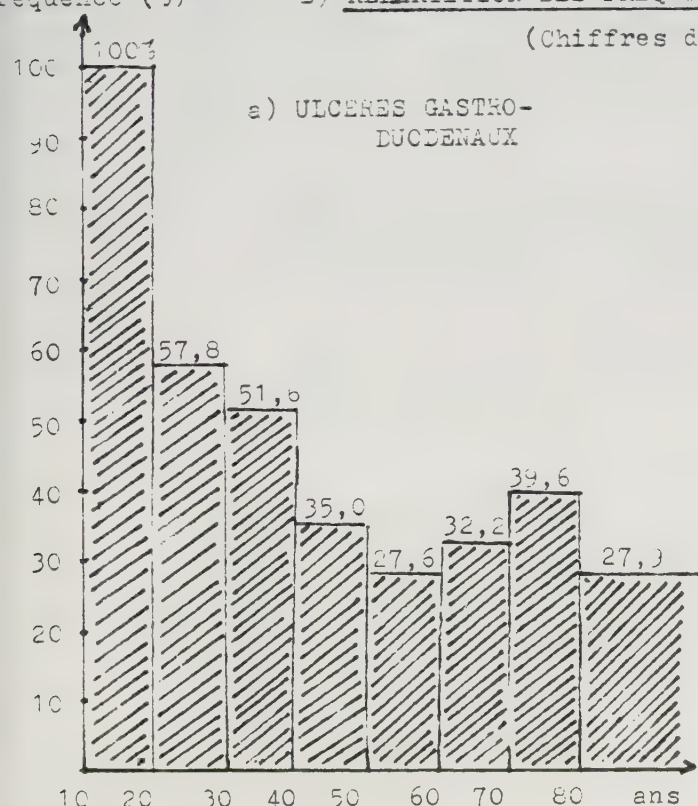
Fréquence (%)

3) REPARTITION DES FREQUENCES SELON L'AGE

(Chiffres des deux statistiques combinés)

a) ULCERES GASTRO-DUODENAUX

b) RUPTURES DE VARICES OESOPHAGIENNES





E - Répartition selon le sexe des ulcères gastro-duodénaux et

 ruptures de varices oesophagiennes

(2 ème partie du tableau 12 A)

- Les ulcères gastro-duodénaux : leur diminution de fréquence avec l'âge concerne surtout les femmes. Leur fréquence augmente au contraire chez les hommes.

Or, les hémorragies digestives de siège et de lésion causale inconnus sont plus fréquentes chez les femmes dans notre échantillon, ceci confirme leur responsabilité dans le fait que les ulcères gastro-duodénaux sont moins fréquents dans notre statistique.

- Les ruptures de varices oesophagiennes : leur fréquence diminue avec l'âge dans les deux sexes.

CONCLUSIONS

=====

A - Du point de vue de la certitude diagnostique

- Les hémorragies digestives de siège et le diagnostic inconnu se caractérisent dans notre échantillon par leur répartition selon l'âge et le sexe, très différente de celle observée dans l'ensemble de l'échantillon : elles sont plus fréquentes chez les femmes et surtout après 80 ans : l'explication de ce fait pourrait relever de la mise en jeu de deux phénomènes :

- . Importance du terrain, l'état général interdisait fréquemment une attitude de "Vigourous Diagnostic Approach". Nous verrons que les cas pour lesquels l'endoscopie était contrindiquée par l'état général sont surtout fréquents chez la femme de 70 ans à 79 ans.
- . Augmentation chez le sujet âgé de la fréquence des causes à faible potentiel hémorragique et à diagnostic plus aléatoire.

- Cette inégalité de répartition des cas d'ignorance diagnostique : joue un rôle non négligeable dans l'inégalité de répartition que l'on constate pour les ulcères gastro-duodénaux dans l'ensemble de l'échantillon (fréquence moindre après 80 ans), Alors que parmi les hémorragies hautes, la fréquence des ulcères gastro-duodénaux est assez uniforme.

B - Place de chaque maladie causale dans l'échantillon

- Les ulcères gastro-duodénaux représentent 35% de l'ensemble des hémorragies digestives et 49% des hémorragies digestives hautes.



- Les ruptures de varices oesophagiennes 15% de l'ensemble des hémorragies digestives et 19% des H.D. hautes.

Parmi les H.D. hautes, on compte en outre 11% de cas de hernies hiatales et d'oesophagites isolées ou associées entre elles, 10,5% de gastro-duodénites, 7% de cancers, 4% de Mallory Weiss.

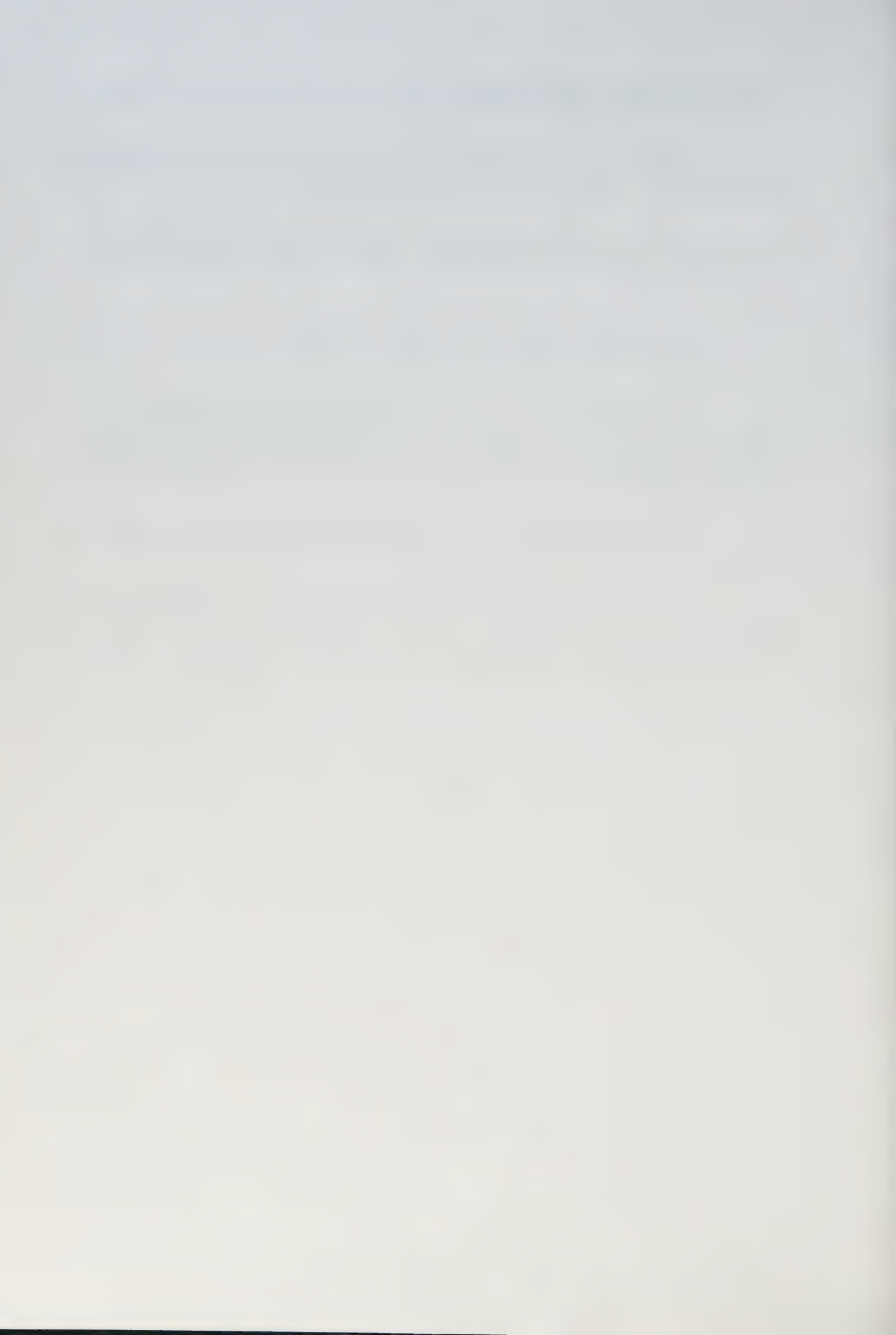
Les H.D. basses forment, on l'a vu, 6% de l'échantillon, mais elles semblent fortement représentées parmi les hémorragies digestives de siège inconnu.

C - Les caractéristiques observées avec l'âge

On constate avec l'âge une augmentation de la fréquence des ulcères gastriques, s'y joint une diminution de celle des ulcères duodénaux, d'autant plus flagrante qu'elle se fait dans le cadre d'une relative stabilité de la fréquence des ulcères gastro-duodénaux parmi les H.D. hautes.

Les ruptures de varices oesophagiennes, encore assez fréquentes de 70 ans à 79 ans, disparaissent presque complètement après 80 ans.

Cette réduction de la fréquence des ruptures de varices oesophagiennes est compensée par une plus grande fréquence des causes en général plus secondaires. Ce phénomène s'observe surtout pour la pathologie hernie hiatale et/ou oesophagite, il se vérifie aussi pour les cancers, il est plus difficile à apprécier pour les gastro-duodénites.



CHAPITRE IV

LES MOYENS D'INVESTIGATION DIAGNOSTIQUE

La "Vigourous Diagnostic Aproach" classique implique l'association de la radiologie barytée (Transit oesophago-gastro-duodénal) et de l'endoscopie comme examen de 2ème intention. Ces examens peuvent éventuellement être complétés par les techniques de radiologie vasculaire.

En fait, dans notre échantillon, l'endoscopie de première intention permet dans presque tous les cas d'éviter le TOGD. On compte seulement 4 cas d'examens vasculaires.

I - L'OESO-GASTRO-DUODENOSCOPIE

INTRODUCTION

1 - Les avantages de cette technique sont incontestables :

elle permet d'observation directe de la lésion; de ce fait, elle peut permettre de différencier lésion hémorragique et lésion non hémorragique, et, parfois, de préciser le type de saignement.

Pratiquée comme examen de 1ère intention dans notre échantillon, elle semble offrir des résultats comparables à la méthode associant TOGD et endoscopie dans l'échantillon de référence de Vialle et Wilb (12) 20% d'hémorragie de siège inconnu chez Vialle et Wilb, 21% dans notre échantillon. Le pourcentage de diagnostics non fait est cependant un peu plus fort dans notre statistique (19% contre 15% chez Vialle et Wilb). Mais il faut tenir compte de fréquentes abstentions endoscopiques pour atteinte sévère de l'état général dans notre échantillon.

2 - Les inconvénients :

ils ne diminuent que dans une faible mesure l'intérêt de cette technique :

a) Inconvénients relatifs ils sont liés aux avantages cités et en constitue les limites : l'existence d'un flot de sang peut masquer la lésion causale (2 cas dans notre échantillon). A l'inverse, quand l'hémorragie est arrêtée au moment de l'examen, il n'est pas possible de déterminer si la seule lésion observée est bien la cause de l'hémorragie,



ou laquelle des 2 ou 3 lésions observées a été hémorragique. Enfin, il n'est pas toujours possible de déterminer le mécanisme de l'hémorragie. Mais à ce point de vue il n'existe pas d'examen concurrentiel, sauf l'artériographie, technique lourde et souvent décevante.

b) L'innocuité de l'examen est très relative, surtout chez le sujet âgé. NOEL (11) signale, sur 184 endoscopies, 8 complications dont 3 décès : 1 cas de troubles de conscience consécutifs à la prémédication, 1 cas d'encombrement respiratoire à la suite de l'inhalation de vomissements (décès), 6 cas de reprise de l'hémorragie (2 décès). Dans notre statistique, on ne note pas de cas semblables, sauf peut-être un cas de décès par détresse respiratoire peu de temps après une tentative endoscopique difficile (cas n° 26). Ces dangers de l'endoscopie justifient la prudence observée dans le service pour poser les indications d'endoscopie, malgré l'obstacle qu'elle peut représenter à l'établissement d'un diagnostic précoce. L'endoscopie n'est en effet pratiquée que si la tension artérielle est supérieure à 8. Le malade doit être conscient, ou intubé en cas de troubles de conscience. Nous verrons que, parmi les cas d'endoscopies non faites, on compte une majorité de contrindications liées à l'état général cardio-vasculaire.

c) Enfin, la gastroscopie ne laisse pas de document objectif archivable. Les facteurs subjectifs ont une importance notable, entre autre l'expérience de l'opérateur.

A - Etude qualitative des résultats endoscopiques

(tableau 13)

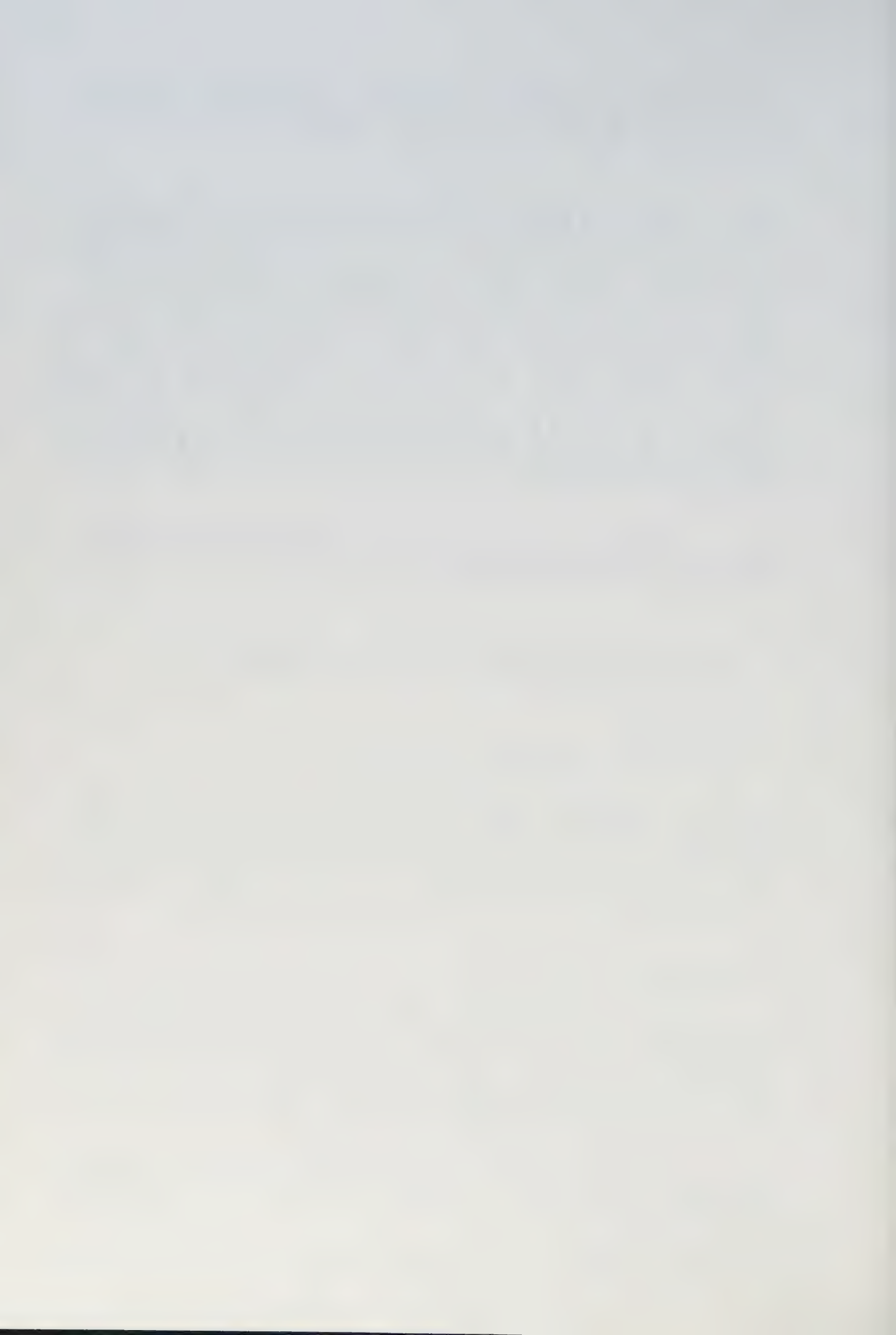
1 - Définition de l'échantillon de référence

Nous étudions l'intérêt de l'endoscopie dans les hémorragies digestives "présumées hautes". Le tableau 13 s'intéresse donc aux 124 hémorragies du tractus digestif supérieur (oesophage, estomac et duodénum) et aux hémorragies de siège inconnu dont la forme clinique ne permet pas d'éliminer une localisation haute (30 cas, toutes les hémorragies de siège inconnu sauf les rectorragies de faible abondance).

2 - Les succès de l'endoscopie

109 cas d'hémorragies, soit 71% des hémorragies digestives cliniquement hautes ont pu être rattachées à une lésion causale grâce à l'endoscopie. Donc 85% des endoscopies pratiquées ont permis d'avancer un diagnostic. (Ce dernier chiffre est de 75% chez Vialle et Wilb) (12). Ce pourcentage accuse une diminution chez les femmes, surtout après 80 ans, ce qui ne surprend pas quand on connaît la répartition des cas d'incertitude diagnostique dans notre échantillon.

Ajoutons que parmi ces 109 diagnostics, 75 correspondent à un siège certain (soit 49% des hémorragies cliniquement hautes et 59% des endoscopies pratiquées).



3 - Les cas d'échec de l'oeso-gastro-duodénoscopie

Parmi les 19 cas recensés d'endoscopie négative, trompeuse ou insuffisante, on compte :

a) 7 cas où une lésion causale et un siège ont pu être avancés pour l'hémorragie :

- 2 cas d'endoscopie trompeuse : le caractère trompeur de celles-ci est lié au fait que, dans les 2 cas, une lésion maligne a été suspectée devant l'aspect d'un ulcère gastrique qui s'est révélé bénin à l'ana-path (gastrostomie sur-totale dans les 2 cas - 1 décès post opératoire). Mais on pourrait aussi compter comme cas d'endoscopie trompeuse, ou à tout le moins insuffisante, le cas n° 9 : l'endoscopie dans ce cas a signalé un ulcère duodénal et l'absence de varices oesophagiennes. Pourtant, l'hypertension portale constatée lors de l'antro -duodénectomie pour UD, et la récurrence post opératoire font fortement suspecter une rupture de varices.
- 5 des 13 cas "d'endoscopie insuffisance", dont le cas n° 27 chez qui on découvre deux ulcères gastriques à l'intervention alors que l'endoscopie n'en avait signalé qu'un, le plus gros qui ne saignait pas, et 4 autres cas où le siège est "possible" et le diagnostic hésitant : Il s'agit d'un cas de varices oesophagiennes d'une hernie hiatale, d'une gastrite et d'une duodénite. Ces lésions n'étaient pas hémorragiques au moment de l'examen.

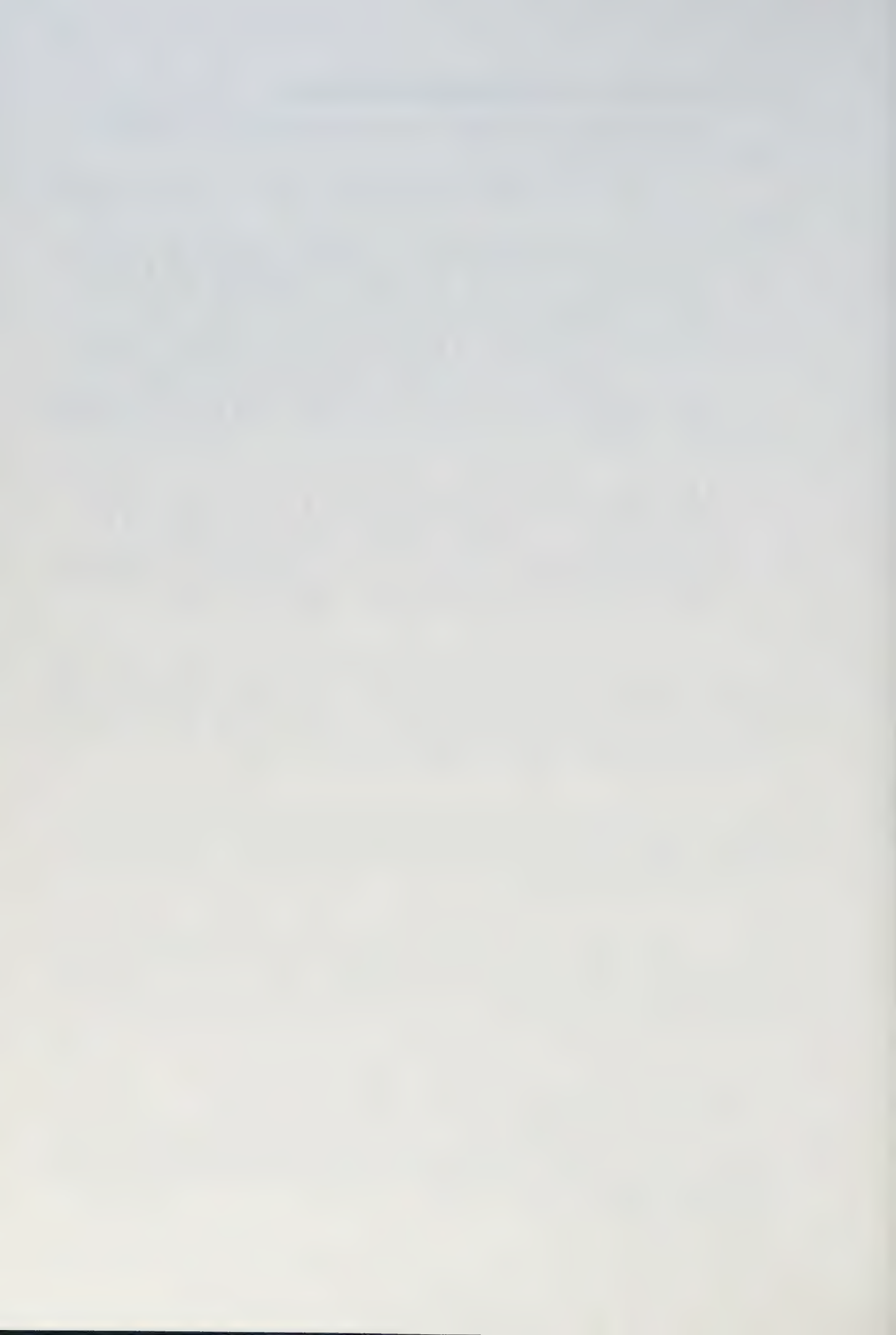
b) 3 cas où la lésion causale est inconnue, le siège étant connu. Il s'agit des deux cas déjà cités (N° 1 et 4) de lésions gastriques postérieures hautes masquées par un flot de sang, et du cas n° 15 où le diagnostic hésite entre oesophagite localisée ou petite lésion cellulaire. Ces cas sont comptabilisés comme "endoscopies insuffisantes".

c) 4 cas où, une lésion non hémorragique étant découverte, le siège de l'hémorragie est considéré comme inconnu. Il s'agit de 4 des 8 lésions classées comme "diagnostics d'élimination". Ils correspondent à des endoscopies insuffisantes.

d) Il reste donc 5 cas dans lesquels et la lésion causale, et le siège de l'hémorragie sont inconnues. Un de ces cas est considéré comme correspondant à une gastroscopie "insuffisante", les autres correspondent aux quatre endoscopies "négatives". Ce chiffre donne un pourcentage d'échecs absolus de 3,9%.

4 - Comparaison avec la statistique de NOEL (11)

Cette statistique porte sur 184 endoscopies réalisées dans des cas d'hémorragie digestive haute. Elle ne comptabilise donc pas les hémorragies de siège inconnu. Une comparaison avec notre échantillon nous amène à nous intéresser dans celui-ci aux 119 endoscopies pratiquées pour des hémorragies hautes.



NOEL enregistre 122 cas pour lesquels la lésion responsable de l'hémorragie a pu être reconnue avec certitude (saignement en cours et caillots adhérents). Ce chiffre correspond dans notre statistique aux 75 hémorragies hautes de siège certain. Les pourcentages correspondants sont de 66,31% pour NOEL et de 63,02 % dans notre échantillon.

NOEL enregistre 10 cas pour lesquels aucun diagnostic n'est avancé (dans 9 de ces cas le siège de la lésion est connu; le dernier cas correspond à une panne technique). Dans notre échantillon, on compte 3 diagnostics non faits parmi les hémorragies hautes de siège connu. Les pourcentages d'échec correspondants sont de 5,63% pour NOEL et 2,52% dans notre échantillon.

Les résultats sont donc très similaires, nonobstant le rôle que joue dans l'endoscopie l'expérience individuelle de l'opérateur.

Notons à propos de la statistique de NOEL que la comparaison a été impossible avec notre échantillon quant à la fréquence relative des maladies causales : en effet, toutes les lésions y sont comptabilisées qu'elles soient hémorragiques ou non. Il va de soi que les lésions non hémorragiques associées ont une incidence très variable. Par ailleurs, la définition des ulcérations aiguës retenue par NOEL est plus large que celle retenue dans notre échantillon.

5 - La mise en évidence du mécanisme de l'hémorragie

Elle n'a été faite dans notre statistique que dans une minorité de cas. On compte 5 cas d'érosion artérielle pouvant être soupçonnés d'après la gastroscopie, 12 cas de rupture de varices dûment constatée, 3 cas où le mécanisme signalé est une suffusion hémorragique. Ces 20 cas ne représentent que 16% des cas où une endoscopie a été pratiquée. On compte donc, de ce point de vue, 84% d'échecs.

B - Les Cas d'Abstention Endoscopique

1 - Place dans l'échantillon (tableau 13)

Les 26 cas étudiés ici représentent 17% des cas d'hémorragie digestive cliniquement haute. Leur répartition selon l'âge et le sexe est comparable à celle des cas d'incertitude de diagnostic.

2 - Composition

Le siège de l'hémorragie est inconnu dans 21 de ces cas (70% des hémorragies de siège inconnu cliniquement hautes). La lésion causale est inconnue dans 17 cas (68% des cas d'hémorragie de siège inconnu cliniquement haute).

On compte donc 4 cas d'hémorragie de siège inconnu pour lesquels une lésion est avancé comme diagnostic d'élimination malgré l'absence d'endoscopie.



TABLEAU N° 13

LOCALISATIONS HAUTES ET GASTROSCOPIE.

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79 ans	80ans et +	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe					
Loc. Htes, et supposéesHtes		74	33	19	28	107	47	93	61	154
GastroscoPie NON FAITE	Nh	8	5	2	11	13	13	10	16	26
	%	10,81	15,15	10,53	39,28	12,15	27,66	10,75	26,23	16,88
Nb gastrosopies pratiquées		66	28	17	17	94	34	83	45	128
Gastrosopies faisant le DIAGNOSTIC	Nombre	60	23	16	10	83	26	76	33	109
	% Loc.Htes	81,08	69,70	84,21	35,72	77,56	55,32	81,72	54,10	70,78
	%Gastrosc.	90,90	82,32	94,12	58,83	88,30	76,47	91,57	73,33	85,16
Gastrosopies INSUFFISANTES	Nombre	4	4	1	4	8	5	5	8	13
	%/Loc.Htes	5,41	12,12	5,27	14,29	7,48	10,64	5,37	13,12	8,45
	%/Gastroc.	6,06	14,29	5,88	23,53	8,51	14,71	6,03	17,78	10,16
Gastrosopies NEGATIVES	Nb	2	1	0	1	3	1	2	2	4
Gastrosopies TROMPEUSES	Nb	0	0	0	2	0	2	0	2	2

	Siège Connu		Siège Inconnu		Siège INHNU TOTAL	Lesion Causele CONNUE TOTAL	Siège INCONNUE Total	Lesion Causele INCONNUE TOTAL	TOTAL CAS
	Lesion Causele CONNUE	Lesion Causele INCONNUE	Lesion Causele CONNUE	Lesion Causele INCONNUE					
Endosc.-diagnostic	109	0	0	0	109	109	0	0	109
Endosc. trompeuses	2	0	0	0	2	2	0	0	2
Endosc. insuffisantes	5	3	4	1	8	9	5	4	13
Endosc. négatives	0	0	0	4	0	0	4	4	4
Total Endoscopies	116	3	4	5	119	120	9	8	128
Endoscopies non-faites	5	0	4	17	5	9	21	17	26
Total	121	3	8	22	124	129	30	25	154



On compte par ailleurs 5 cas pour lesquels et une lésion causale, et un siège possible, ont été avancés sans qu'on puisse les vérifier par endoscopie. Il s'agit de 2 cas de ruptures de varices oesophagiennes (contexte clinique évocateur) et de 3 cancers gastriques (que nous avons comptabilisés comme cas d'hémorragie digestive haute de siège possible bien que le diagnostic n'ait été avancé qu'après mutation).

3 - Les raisons de l'abstention endoscopique

Elles sont résumées dans le tableau 14.

a) Atteinte grave de l'état général

Dans certains cas, elle est liée à une ou plusieurs maladies générales associées, et l'hémorragie, minime ou moyenne, ne constitue qu'un élément d'un processus pathologique plus ou moins complexe. On ne s'attarde pas alors toujours à déterminer la cause précise de l'hémorragie alors que d'autres symptômes plus alarmants obligent à parer au plus pressé.

Les autres cas constituent des contrindications au sens propre du mot. C'est l'intensité de l'hémorragie elle-même, et son retentissement sur l'état général qui obligent à retarder l'endoscopie... jusqu'au décès...

Au total, les atteintes sévères de l'état général sont responsables de 16 abstentions endoscopiques soit 62% des cas d'abstention.¹⁵ d'entre elles correspondent à des hémorragies de siège inconnu, soit 50% des hémorragies de siège inconnu cliniquement hautes.

Après les hommes de 80 ans et plus, ce type de contrindications est surtout fréquent chez les femmes de 70 à 79 ans, où elles impliqueront un pronostic plus grave après hémorragie de siège inconnu (elles représentent dans ce groupe d'âge 57% des hémorragies de siège inconnu cliniquement hautes).

Chez les femmes de 80 ans et plus, ce type de contreindication est au contraire moins fréquent (36% des hémorragies de siège inconnu cliniquement hautes).

b) Les autres causes

Il s'agit d'obstacles locaux : un spasme, une tumeur amygdalienne, et le cas n° 26 dans lequel le décès est intervenu par complications respiratoires quelques heures après une tentative endoscopique laborieuse : le fibroscope a en effet pénétré dans un diverticule oesophagien (pas de sang) et n'a pu être mené au-delà (agitation de la malade de 73 ans).

Le refus de l'examen par le malade se rencontre dans des cas d'hémorragie de faible abondance qui ne font pas insister. Il est, dans notre échantillon, plus fréquent chez les femmes de 80 ans et plus, où il impliquera un pronostic meilleur.



TABLEAU N° 14

ENDOSCOPIE NON FAITE EN URGENCE : LES RAISONS.

		70 à 79 ANS		80 ans et +		70-79	80ans	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe	ans	et +			
Nb d'endoscopies non faites		8	5	2	11	13	13	10	16	26
Mauvais état général	Nb	2	3	1	3	5	4	3	6	9
HD d'importance secondaire	%	25,00	60,00	50,00	27,27	38,46	30,77	30,00	37,50	34,62
Mauvais Etat Général	Nb	4	1	1	1	5	2	5	2	7
lié à l'HD	%	50,00	20,00	50,00	9,09	38,46	15,38	50,00	12,50	26,92
MAUVAIS ETAT GENERAL	Nb	6	4	2	4	10	6	8	8	16
TOTAL	%	75,00	80,00	100	36,36	76,92	46,15	80,00	50,00	61,54
Refus de l'examen	Nb	1	0	0	4	1	4	1	4	5
par le malade	%	12,50	/	/	36,36	7,69	30,77	10,00	25,00	19,23
Obstacle local	Nb	1	1	0	1	2	1	1	2	3
	%	12,50	20,00	/	9,09	15,38	7,69	10,00	12,50	11,54
Raison inconnue	Nb	0	0	0	2	0	2	0	2	2
	%	/	/	/	18,18	/	15,38	/	12,50	7,69



CONCLUSIONS

=====

L'oeso-gastro-duodénoscopie est effectuée dans 128 des 154 cas d'hémorragie cliniquement haute (83%). Elle est positive dans 85% des cas. Le rôle de la lésion découverte dans l'hémorragie est certain dans 49% des cas d'hémorragie cliniquement haute. On compte 3,9% d'échecs absolus. Sur les 129 cas où une lésion est avancée comme cause d'hémorragie, elle l'est 120 fois grâce à l'endoscopie (93% des diagnostics). Sur les 124 cas où le siège de l'hémorragie est connu, il l'est 119 fois grâce à l'endoscopie (96% des localisations).

II - L'ARTERIOGRAPHIE EN URGENCE

=====

L'indication n'est posée que 4 fois dans notre échantillon, ce qui représente 2,3% des cas. Cette première constatation donne à penser que l'on a peut-être été trop réservé dans l'emploi de cette technique.

A - Cette remarque vaut surtout pour les hémorragies digestives hautes où l'indication n'est posée que 2 fois (1,3% des hémorragies cliniquement hautes). Dans les 2 cas, il s'agit d'hématémèse et mélena chez un cirrhotique :

1 - Cas n° 9 déjà cité : femme de 70 ans. Hémorragie d'abondance moyenne; à la gastroscopie : pas de varices oesophagiennes - ulcère de la face postérieure du bulbe. 1ère intervention : constatation de l'existence d'une cirrhose avec hypertension portale. Antro-duodénectomie + Polya - Récidive post-opératoire 4 jours après - nouvelle endoscopie négative.

Artériographie globale, et sélective du tronc coeliaque insuffisante : pas de visualisation du retour veineux.

Décès après réintervention pour anastomose reno-porte.

2 - Cas n° 8 déjà cité : homme de 70 ans présentant une hémorragie grave. Dans les antécédents hémorragie antérieure avec notion de niche pré-pylorique. 1ère endoscopie insuffisante (varices oesophagiennes non hémorragiques, pas d'autre lésion).

Artériographie globale et sélective du tronc coeliaque insuffisante = montre les varices oesophagiennes, mais pas d'extra-vasc.

Une 2ème endoscopie objective une niche prépylorique non hémorragique. Au terme du bilan, l'hémorragie ne peut être attribuée avec certitude à aucune des 2 lésions. L'indication de chirurgie différée est posée, mais l'intervention est retardée par des problèmes de coagulation; décès tardif.



B - Parmi les cas d'hémorragies cliniquement basses (18) une indication d'artériographie est posée deux fois, (11% des cas).

1 - Cas n°28 Homme de 71 ans. Rectorragie d'abondance moyenne. Gastrosco-
pie négative. L'artériographie est finalement impossible du fait de l'artérite.

2 - Cas n° 24 déjà cité : femme de 80 ans présentant des melenas et rector-
ragies d'abondance moyenne au départ - gastroscopie normale - Rectoscopie
impossible du fait de l'hémorragie.

Artériographie par Sedlinger gauche : Aortographie globale négati-
ve; Sélective mésentérique supérieure négative. Sélective mésentérique infé-
rieure : 1ère série sur l'angle gauche - normale. 2ème série sur sigmoïde
et rectum. Dès le film d'essai, visualisation d'un extra-vasa dans un diver-
ticule sigmoïdien. La série démontre que cet extra vasa se fait aux dépens
d'une petite branche artérielle de la paroi sigmoïdienne.

C - Sur les 4 artériographies effectuées ou tentées, on en compte donc
une seule qui fasse le diagnostic - 2 sont insuffisantes bien qu'une d'elle
objectivise des varices oesophagiennes sans démontrer leur rôle dans l'hémor-
ragie - la dernière a été impossible.

III - EXAMENS DANS LES LOCALISATIONS BASSES

=====

Sur les 18 localisations cliniquement basses, ont été effectuées :

5 gastroscopies de sécurité (négatives)

5 rectoscopies : 4 sont positives (2 cancers du rectum,
2 ulcérations traumatiques) et 1 négative.

On a posé deux fois l'indication d'artériographie (1 positive,
1 impossible).

Les hémorragies basses sont donc peu inventoriées en service
d'urgence. Le nombre de rectoscopies, entre autres, est faible (28% des
cas d'hémorragie présumée basse).

Ce fait explique le fort pourcentage d'hémorragies cliniquement
basses restées sans diagnostic (8 cas sur 18).

La raison en est que ces hémorragies sont souvent peu abondantes :
la découverte d'une lésion causale n'influerait pas sur le pronostic à court
terme. L'investigation se fait dans ces cas après mutation en service médi-
cal classique, lorsque l'hémorragie n'est plus susceptible de gêner la rec-
toscopie et les autres examens éventuels (lavement baryté, colonoscopie, etc..)



CONCLUSIONS

=====

C'est l'Oeso-Gastro-Duodéno-scopie précoce de première intention qui joue le rôle le plus important dans les 154 cas d'hémorragie présumée haute : elle apporte un diagnostic suffisant dans 109 cas (71%). Le rôle de la lésion découverte dans l'hémorragie est certain dans 75 de ces cas (49%).

On n'enregistre que 4% d'échec absolu de cette technique (5 cas) (siège et lésion causale inconnus). Les cas d'insuffisance sont dus soit à l'abondance de l'hémorragie, soit à sa disparition au moment de l'examen, et à l'aspect trompeur des lésions observées.

L'oeso-gastro-duodéno-scopie a permis de découvrir 93% des lésions causales comptabilisées dans les cas d'hémorragie présumées hautes, et d'avancer 96% des sièges certains, probables ou possibles.

L'abstention endoscopique joue un rôle important dans l'incertitude diagnostique. Elle est le plus souvent due au mauvais état cardiovasculaire et général du sujet âgé; bien que d'autres facteurs entrent en jeu chez la femme de 80 ans et plus.

Il semble par contre que l'artériographie n'est pratiquée que dans un pourcentage relativement faible d'hémorragies digestives présumées hautes (1,3%) (2 cas). Ses indications pourraient sans doute être étendues.

Les hémorragies cliniquement basses sont assez mal inventoriées dans le service, puisque la rectoscopie n'est pratiquée que dans 28% des cas (5 cas). Dans 4 de ces cas elle est positive. Il est vrai que cet examen est moins aisément praticable en période hémorragique. Les deux indications d'artériographie posées en cas d'hémorragie présumée basse représentent 11% de ces cas. Sur un total de 4 artériographies, une seule est positive.

Notons pour terminer que les méthodes "d'endoscopie thérapeutique" (coagulation sous endoscopie) et de "radiologie thérapeutique" (embolisation transhépatique) n'étaient pas couramment pratiquées à l'époque de notre statistique.



CHAPITRE V

GRAVITE DE L'HEMORRAGIE

INTRODUCTION

=====

A - Les méthodes d'étude

Dans la majorité des cas, deux examens successifs ont été pratiqués :

- tous les cas ont été classés dans le service, sur fiches mécanographiques, en hémorragies massives et hémorragies non massives.

- 87 cas parmi les 130 cas d'hémorragie massive (67%) et 29 cas parmi les 42 cas d'hémorragie minime (69%) ont fait l'objet d'une deuxième étude dans les dossiers.

B - Catégories définies pour les cas ayant subi une deuxième étude

Ces cas ont été classés en 4 catégories :

1 - Hémorragies minimes: le rejet de sang observé (ou quelquefois seulement soupçonné sur la base de l'anamnèse) ne s'accompagne d'aucune perturbation clinique ou biologique importante. L'hématocrite est normale (tout au moins supérieure à 30%. On ne constate aucun signe de choc. Les transfusions effectuées sont inférieures à 3 unités de sang.

2 - Hémorragies moyennes : le rejet de sang est prouvé. L'azotémie est normale; mais un des trois critères suivants est présent : Hématocrite inférieure à 30%, transfusions dans les 24 premières heures supérieures à 3 unités de sang, Notion de choc à un moment quelconque de l'évolution.

3 - Hémorragies graves : le rejet de sang s'accompagne d'au moins deux des 3 critères précédents. Le plus souvent, l'azotémie est supérieure à 0,80 gr/litre.



4 - Hémorragies très graves : ont été classées dans cette catégorie les hémorragies s'accompagnant de choc tensionnel, d'une hématocrite inférieure à 20%, d'un taux d'urée sanguine supérieur à 0,80 grammes par litre, et qui ont nécessité la transfusion d'une quantité de sang égale ou supérieure à 8 unités.

C - Classement des hémorragies dans les cas n'ayant pas subi un ----- double examen -----

Les hémorragies qui ne sont pas classées comme massives sur fiches mécanographiques correspondent à des hémorragies minimales. La notion d'hémorragie massive recouvre donc dans l'ensemble de l'échantillon des hémorragies moyennes, grave et très grave. Nous parlerons dans ces cas d'hémorragies "Abondantes".

I - STATISTIQUE GLOBALE =====

Le tableau 15 montre que les hémorragies abondantes représentent 76% de l'ensemble des hémorragies digestives; elles sont moins fréquentes au-delà de 80 ans et chez la femme.

Dans plus de la moitié des cas d'hémorragies abondantes ayant subi un double examen, l'hémorragie était moyenne, 1/3 des cas correspon- daient à une hémorragie grave, 10% à une hémorragie très grave. Si l'on extrapolait ces pourcentages à l'ensemble des hémorragies abondantes, on compterait 72 hémorragies moyennes, 45 hémorragies graves et 12 hémorragies très graves dans l'ensemble de l'échantillon. Donc, en pourcentage, s'ajouteraient aux 24% d'hémorragies minimales 42% d'hémorragies moyennes, 26% d'hémorragies graves et 8% d'hémorragies très graves. Mais la partie de l'échantillon qui a subi un double examen n'est sans doute pas repré- sentatif de l'ensemble du point de vue de la gravité de l'hémorragie puisqu'elle comporte tous les cas de décès et d'interventions chirurgica- les. Notre extrapolation surestime donc vraisemblablement les cas d'hémor- ragie grave et très grave.

II - GRAVITE DE L'HEMORRAGIE EN FONCTION DE SON SIEGE =====

(Comparaison entre les tableaux 15 et 16)

A - Les hémorragies de siège inconnu -----

se caractérisent par une fréquence moindre d'hémorragies abon- dantes (57% des cas). Les hémorragies très graves sont toutefois bien représentées, l'atteinte sévère de l'état général qu'elles impliquent obligeant à reporter les examens.

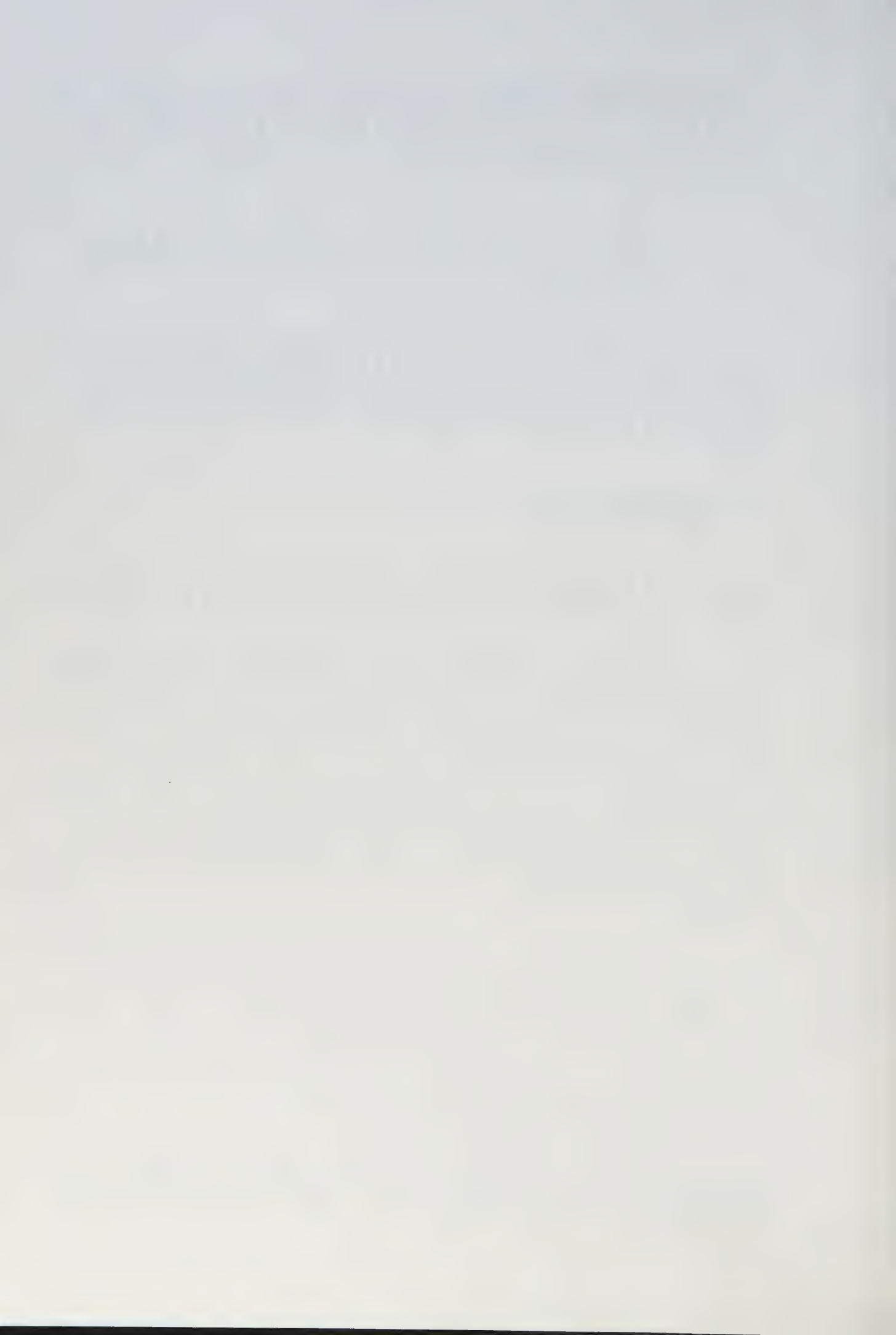


TABLEAU N° 15

GRAVITE DE L'HEMORRAGIE

dans l'ensemble de l'échantillon.

		70 à 79 ans		80ans et +		70-79 ans	80ans et +	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe					
Nombre TOTAL de cas (réf)		80	33	24	35	113	59	104	68	172
Hémorragies ABONDANTES	Nb	65	24	19	22	89	41	84	46	130
	%	81,25	72,73	79,17	62,86	78,76	69,49	80,77	67,65	75,38
Hémorragies MINIMES	Nb	15	9	5	13	24	18	20	22	42
	%	18,75	27,27	20,83	37,14	21,24	30,51	19,23	32,35	24,42
HD MASSIVES, double étude		41	18	11	17	59	28	52	35	87
Hémorragies TRÈS GRAVES	Nb	7	0	2	0	7	2	9	0	9
	%	17,68	/	18,18	/	11,86	7,14	17,31	/	10,34
Hémorragies GRAVES	Nb	15	7	3	5	22	8	18	12	30
	%	36,58	38,89	27,27	29,41	37,28	28,58	34,61	34,28	34,48
Hémorragies MOYENNES	Nb	19	11	6	12	30	18	25	23	48
	%	46,34	61,11	54,55	70,59	50,85	64,28	48,08	65,72	55,18

GRAVITE DE L'HEMORRAGIE EN FONCTION DE SON SIEGE.

			70 à 79 ans		80ans et +		70-79	80ans	Hô	Fe	Total
			Hô	Fe	Hô	Fe	ans	et +			
Nombre d'HD MASSIVES (réf)			65	24	19	22	89	41	84	46	130
Nombre d'HD MINIMES (réf)			15	9	5	13	24	18	20	22	42
HEMORRAGIES BASSES	Nombre HD BASSES		3	0	3	5	3	8	6	5	11
	HD BASSES ABONDANTES	Nombre	1	0	2	2	1	4	3	2	5
		%/HD Bsses	33,33	/	66,67	40,00	33,33	50,00	50,00	40,00	45,45
	HD BASSES MINIMES	%/HD Mves	1,54	/	10,53	9,09	1,12	9,76	3,57	4,35	3,84
		Nombre	2	0	1	3	2	4	3	3	6
		%/HD Bsses	66,67	/	33,33	60,00	66,67	50,00	50,00	60,00	54,55
		%/HD mnes	13,33	/	20,00	23,08	8,33	22,22	15,00	13,64	14,29
HEMORRAGIES HAUTES	Nombre HD HAUTES		64	26	17	17	90	34	81	43	124
	H.D. HAUTES ABONDANTES	Nombre	57	19	15	13	76	28	72	32	104
		%/HD Htes	89,06	73,08	88,24	76,47	84,44	82,35	88,89	74,42	83,87
		%/HD Mves	87,69	79,17	78,84	59,09	85,39	68,29	85,72	69,57	80,00
	H.D. HAUTES MINIMES	Nombre	7	7	2	4	14	6	9	11	20
		%/HD Htes	10,94	26,92	11,76	23,53	15,56	17,65	11,11	25,56	16,13
		%/HD mnes	46,67	77,78	40,00	30,77	58,34	33,33	45,00	50,00	47,62
	HD Mives 2X Etude		34	13	7	9	47	16	41	22	63
	HD Très Graves		4	0	2	0	4	2	6	0	6
	HD Graves		13	7	2	5	20	7	15	12	27
	HD Moyennes		17	6	3	4	23	7	20	10	30
HEMORRAGIES DE SIÈGE INCONNU	Nombre HD Siège x		13	7	4	13	20	17	17	20	37
	HD TRES GRAVES de siège x	Nb	3	0	0	0	3	0	3	0	3
		%HD x	23,08	/	/	/	15,00	/	17,65	/	8,11
	HD GRAVES de siège x	Nb	2	0	0	0	2	0	2	0	2
		%/HD x	15,38	/	/	/	10,00	/	11,76	/	5,41
	H.D. MOYENNES de siège x	Nb	2	5	2	7	7	9	4	12	16
		%HD x	15,38	71,43	50,00	53,84	35,00	52,94	23,53	60,00	43,24
	Total HD ABONDANTES de siège INCONNU	Nombre	7	5	2	7	12	9	9	12	21
		%/HD S. x	53,84	71,43	50,00	53,84	60,00	52,94	52,94	60,00	56,76
		%/HD Mves	10,77	20,83	10,53	31,82	13,49	21,95	10,71	26,08	16,16
	Total HD Minimales de siège INCONNU	Nombre	6	2	2	6	8	8	8	8	16
		%/HD S.x	46,16	28,57	50,00	46,16	40,00	47,06	47,06	40,00	43,24
		%/HD mnes	40,00	22,22	40,00	46,16	33,33	44,44	40,00	36,36	38,09

38% des hémorragies minimales sont de siège inconnu à la sortie du service d'urgence. Dans de tels cas, arrêt de l'hémorragie et mutation interviennent en effet assez rapidement pour que l'investigation diagnostique se fasse dans le service destinataire. Comme le laissait prévoir l'étude des cas d'abstention endoscopique, la faible abondance de l'hémorragie est responsable d'un fort pourcentage d'incertitude diagnostique chez la femme de 80 ans et plus (46% des cas). Chez la femme de 70 à 79 ans au contraire, ce n'est pas ce phénomène qui joue, mais bien la fréquence des atteintes sévères de l'état général chez le sujet âgé.

Mention doit être faite des cas d'hémorragies graves et très graves de siège inconnu.

Les 3 cas d'hémorragie très grave sont :

- le cas n° 29, homme de 73 ans sous corticoïdes pour sarcome de l'amygdale. Oesogastroduodénoscopie impossible (état général et obstacle local). Arrêt de l'hémorragie après sevrage.
- le cas n° 13 déjà cité : homme de 70 ans, contexte clinique évoquant une rupture de varices œsophagiennes. Abstention endoscopique en égard à l'état général. Décès.
- le cas n° 30 : homme de 72 ans décédé dans la 1/2 heure qui a suivi son hospitalisation.

Les 2 cas d'hémorragie grave sont :

- le cas n° 31 : homme de 74 ans, melenas et rectorragie après absorption d'anti-coagulants. Tous les examens pratiqués (oesogastroscopie, TOGD, lavement baryté, transit du grêle) sont négatifs. Arrêt de l'hémorragie après sevrage et cure de vitamine K.
- Cas n° 18 déjà cité d'anémie hémolytique avec thrombopénie (endoscopie insuffisante).

2 hémorragies "moyennes" entraînent néanmoins une atteinte de l'état cardio vasculaire assez prononcée pour obliger à l'abstention endoscopique, les tares viscérales pré existantes étant aussi en cause.

B - Les hémorragies basses

sont très fréquemment minimales 55% des hémorragies basses comptabilisées. Les 7 hémorragies de siège inconnu présumé bas sont minimales.

C - Les hémorragies hautes

Elles sont plus fréquemment abondantes que les hémorragies de toute origine (84% contre 75%).

Une étude en fonction de l'organe concerné montrerait que 32 hémorragies oesophagiennes sur 42 sont abondantes (76%). Pour les hémorragies gastriques, ce pourcentage est de 88% (52 cas sur 59) et pour les hémorragies duodénales de 89% (31 cas sur 35).

Une étude en fonction de la maladie causale amènerait à distinguer :

- les lésions induisant dans la grande majorité des cas une hémorragie abondante : il s'agit des ulcères gastro-duodénaux (92% des hémorragies ulcéreuses sont abondantes) et des ruptures de varices oesophagiennes (hémorragie abondante dans 88% des cas).
- les lésions saignant moins souvent de façon abondante : il s'agit des gastroduodénites (Hémorragie abondante dans 67% des cas) et surtout de la pathologie hernie hiatale et oesophagite (hémorragie abondante dans 65% des cas).

Les cancers haut situés induisent une hémorragie abondante dans 8 cas sur 9 (88% des cas). Ces hémorragies n'ont donc rien à voir du point de vue de leur abondance avec les saignements occultes responsables d'anémie hypochrome fréquents dans ces affections.

CONCLUSIONS

=====

Notre échantillon comporte 24% d'hémorragies "minimes" et 76% d'hémorragies "abondantes". Les hémorragies de siège inconnu sont plus souvent minimales. Les hémorragies basses sont dans la majorité des cas minimales.

Les hémorragies hautes sont abondantes dans 84% des cas. Ce phénomène est encore plus net pour les hémorragies gastriques et duodénales. Les ulcères gastroduodénaux, les ruptures de varices oesophagiennes et les cancers haut situés induisent fréquemment une hémorragie abondante, à l'inverse des gastroduodénites, hernie hiatale et oesophagite.

CHAPITRE VI

ANTECEDENTS DIGESTIFS, TERRAIN, ET

CIRCONSTANCE DE L'HEMORRAGIE

I - ANTECEDENTS DIGESTIFS

=====

Nous distinguerons dans cette étude: antécédents digestifs hémorragiques et antécédents digestifs non hémorragiques (tableau 17).

A - Antécédents hémorragiques

Ils sont présents dans 19% des cas étudiés (32 cas). 34% d'entre eux sont des hémorragies de même cause que l'hémorragie actuelle.

Dans le seul cas où l'hémorragie antérieure est de cause différente, elle relève d'un ulcère qui n'est pas retrouvé : cette femme de 80 ans saigne cette fois d'une duodénite (cas n° 32). 63% des hémorragies antérieures sont de cause indéterminée. Nous nous intéresserons néanmoins, du point de vue du pronostic, à l'ensemble des cas où une hémorragie antérieure est signalée.

Les antécédents hémorragiques sont plus fréquents de 70 à 79 ans, surtout chez les hommes. Leur répartition selon l'âge et le sexe est similaire à celle des cas de rupture de varices oesophagiennes. Cela s'explique : dans 13 cas, soit 40% des cas où une hémorragie antérieure est signalée, c'est une rupture de varices oesophagiennes qui est responsable de l'hémorragie actuelle. La moitié des cas de rupture de varices oesophagiennes correspond donc à une récurrence tardive. Par comparaison, une hémorragie antérieure n'est signalée que dans 7% des cas d'hémorragie ulcéreuse (4 cas). Ces faits soulignent la tendance des ruptures de varices oesophagiennes à récidiver et leur place au premier rang des hémorragies récidivantes.

TABLEAU N° 17

ANTECEDENTS

DIGESTIFS.

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79 ans	80ans et +	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe					
Nombre TOTAL de cas		80	33	24	35	113	59	104	68	172
HEMORRAGIES ANTERIEURES	Nombre	21	5	3	3	26	6	24	8	32
	%/Total	26,25	15,15	12,50	8,57	23,00	10,17	23,06	11,77	18,60
HD Antérieure CAUSE IDENTIQUE	Nombre	9	1	1	0	10	1	10	1	11
	%/Total	11,25	3,03	4,17	/	8,85	1,69	9,51	1,47	6,39
	%/HD Antér.	42,86	20,00	33,33	/	38,46	16,67	41,67	12,50	34,38
HD Antérieure CAUSE INDETERMINEE	Nombre	12	4	2	2	16	4	14	6	20
	%/Total	15,00	12,12	8,33	5,71	14,15	6,79	13,46	8,83	11,63
	%/HD Antér.	57,14	80,00	66,67	66,67	61,54	66,67	58,33	75,00	62,50
HD Antérieure CAUSE DIFFERENTES	Nombre	0	0	0	1	0	1	0	1	1
	%/Total	/	/	/	2,86	/	1,69	/	1,47	0,58
	%/HD Antér.	/	/	/	33,33	/	16,67	/	12,50	3,12
ANTECEDENTS DIGESTIFS NON- HEMORRAGIQUES	Nombre	27	11	7	8	38	15	34	19	53
	%/Total	33,75	33,33	29,17	22,86	33,62	25,42	32,69	27,94	30,81
ANTECEDENTS DIGESTIFS IDENTIQUES à Mie Causale	Nombre	22	5	2	4	27	6	24	9	33
	%/Total	27,50	15,15	8,33	11,43	23,89	10,17	23,07	13,24	19,20
	%/Atcd NonHD	81,48	45,45	28,57	50,00	71,05	40,00	70,59	47,36	62,26
ANTECEDENTS DIGESTIFS INDETERMINEES	Nombre	4	3	4	3	7	7	8	6	14
	%/Total	5,00	9,09	16,67	8,57	6,19	11,86	7,69	8,82	8,12
	%/Atcd nonHD	14,82	27,27	57,14	37,50	18,42	46,67	23,53	31,58	26,42
ANTECEDENTS DIGESTIFS DIFFERENTS de la Mie Causale	Nombre	1	3	1	1	4	2	2	4	6
	%/Total	1,25	9,09	4,17	2,86	3,54	3,39	1,92	5,88	3,49
	%/Atcd nonHD	3,70	27,27	14,29	12,50	10,53	13,33	5,88	21,06	11,32

B - Antécédents non hémorragiques :

Ils sont présents dans 31% des cas d'hémorragie digestive étudiés, un peu plus fréquents de 70 à 79 ans (53 cas), 11% de ces antécédents sont différents de la lésion responsable de l'hémorragie actuelle. Il s'agit de syndromes cholédociens ou d'antécédents appendiculaires, ainsi que de cirrhoses dans certains cas d'hémorragies dues à une cause autre que la rupture de varices oesophagiennes. Quant aux antécédents indéterminés, il s'agit de douleurs vagues, dyspeptiques et autres troubles fonctionnels non inventoriés.

En fait, 62% des malades qui présentent une maladie digestive connue saignent de cette maladie. C'est à ces 33 cas dans lesquels sont signalés des antécédents digestifs identiques à la maladie causale que nous nous intéresserons le plus, ici, et dans notre étude de l'évolution des hémorragies (2ème partie) : le fait que l'hémorragie ne soit pas inaugurale permet en effet d'orienter d'emblée le diagnostic, et à diagnostic plus précoce doit correspondre un pronostic meilleur. Ces cas ne représentent que 19% de notre échantillon. 11 d'entre eux correspondent à des antécédents ulcéreux connus et traités. Si l'on y rajoute un cas d'hémorragie ulcéreuse antérieure connue, cela représente 20% des hémorragies ulcéreuses. Celles-ci sont donc inaugurales dans 80% des cas.

Par contre, des antécédents de cirrhose connue et traitée sont présents dans 8 cas de rupture de varices oesophagiennes. Si on y rajoute 9 cas dans lesquels on a la notion d'une hémorragie antérieure par rupture de varices oesophagiennes, on constate que, dans notre échantillon, ce type d'hémorragie n'est inaugural que dans 35% des cas.

II - LE TERRAIN

=====

Maladies générales associées, tableau 18.

On constate la présence d'une ou plusieurs maladies associées dans 62% des cas. Cette fréquence est un peu moindre chez les femmes de 80 ans et plus : (anamnèse moins complète). Elle souligne la fréquence des tares viscérales chez le sujet âgé.

L'éthylisme est la maladie associée la plus fréquemment rencontrée (24% des cas). Plus fréquent que les cas de rupture de varices oesophagiennes, il présente, selon l'âge et le sexe, une répartition similaire. Il en est de même de la compensation ictéro-ascitique qui vient compliquer 12% des hémorragies digestives étudiées (Il ne s'agit pas dans tous les cas d'hémorragie par rupture de varices oesophagiennes).

L'insuffisance cardiaque est à la première place des autres maladies associées. Présente dans 16% des cas, elle est, dans notre échantillon, un peu plus fréquente chez les femmes de 80 ans et plus.

Hypertension artérielle, coronarites et artérites sont respectivement présentes dans 12%, 10% et 8% des cas. Leur répartition selon l'âge et le sexe est relativement uniforme (compte tenu du petit nombre de cas).

TABLEAU N° 18

MALADIES GENERALES ASSOCIEES : LE TERRAIN

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79 ans	80ans et +	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe					
Nombre TOTAL de cas (réf.)		80	33	24	35	113	59	104	68	172
Malades présentant une ou plusieurs maladie(s) générale(s) associée(s)	Nb	53	21	15	17	74	32	68	38	106
	%	66,25	63,64	62,50	48,57	65,49	54,24	65,39	55,88	61,63
ETHYLISME	Nb	29	9	1	3	38	4	30	12	42
	%	36,25	27,27	4,16	8,57	33,63	6,78	28,84	17,65	24,42
DECOMPENSATION HEPATO-ASCITIQUE	Nb	17	3	0	1	20	1	17	4	21
	%	21,25	9,09	/	2,86	17,70	1,70	16,34	5,88	12,21
Insuffisance CARDIAQUE	Nb	13	2	2	10	15	12	15	12	27
	%	16,25	6,06	8,33	28,57	13,27	20,34	14,42	17,65	15,70
HYPERTENSION ARTERIELLE	Nb	11	3	3	4	14	7	14	7	21
	%	13,75	9,09	12,50	11,43	12,39	11,86	13,46	10,29	12,21
CORONARITE	Nb	7	5	3	3	12	6	10	8	18
	%	8,75	15,15	12,50	8,57	10,62	10,17	9,61	11,77	10,47
ARTERITE	Nb	8	2	2	2	10	4	10	4	14
	%	10,00	6,06	8,33	5,72	8,85	6,78	9,61	5,88	8,14
CANCER	Nb	6	1	4	4	7	8	10	5	15
	%	7,50	3,03	16,67	11,43	6,19	13,56	9,61	7,35	8,72
Insuffisance RESPIRATOIRE Chronique	Nb	7	5	2	0	12	2	9	5	14
	%	8,75	15,15	8,33	/	10,62	3,39	8,65	7,35	8,14
DIABETE	Nb	4	4	0	1	8	1	4	5	9
	%	5,00	12,12	/	2,86	7,08	1,70	3,84	7,35	5,23
Insuffisance RENALE Chronique	Nb	3	1	1	1	4	2	4	2	6
	%	3,75	3,03	4,17	2,86	3,54	3,39	3,84	2,94	3,49
TROUBLES de CONSCIENCE	Nb	4	3	0	1	7	1	4	4	8
	%	5,00	9,09	/	2,86	6,19	1,30	3,84	5,88	4,65



Il est possible que le nombre de cas d'hypertension artérielle ait été sous-estimé. Il en est de même pour l'insuffisance respiratoire chronique (8% des cas). Le cancer (9% des cas) est plus fréquemment rencontré après 80 ans. Diabète et insuffisance rénale chronique sont au dernier rang par leur fréquence.

La notion de "troubles de conscience" est peut-être un peu vague. Il s'agit d'antécédents d'AVC (souvent comptés également parmi les cas d'artérite) et de déchéance cérébrale plus ou moins avancée.

III - LES CIRCONSTANCES DE L'HEMORRAGIE

A - Prise de Médicaments anti-inflammatoires

1 - Elle précède l'hémorragie digestive dans 57 cas, soit 30% des cas d'hémorragie digestive étudiés. Dans 43 cas, il s'agit d'hémorragie haute (35% des hémorragies digestives hautes) les 8 autres cas concernent des hémorragies de siège inconnu que l'on peut présumer hautes.

Dans notre échantillon, l'absorption d'anti-inflammatoires est plus fréquente chez les sujets de 80 ans et plus. Mais chez leurs malades de tous âges, VIALLE et WILB (12) la signalent plus souvent (35% des cas d'hémorragies de tous sièges). COMBE (2) la signale dans seulement 15% de ses cas d'hémorragie digestive haute du sujet de 75 ans et plus. DOFFOEL (3) note que l'absorption d'anti-inflammatoires n'est pas plus fréquente chez les sujets âgés que chez les autres. Par contre, NOEL (11) parle de consommation supérieure chez le sujet âgé (44 % de ses cas d'hémorragie haute chez des sujets de 65 ans et plus).

Il est difficile de déduire de ces éléments contradictoires des conclusions définitives quant à l'évolution avec l'âge de la prise de médicaments anti-inflammatoires avant une hémorragie digestive.

Cela s'explique sans doute partiellement par le fait que cette consommation obéit à des règles très variées. Certes, elle est parfois médicalement contrôlée (affections rhumatismales et autres symptômes douloureux, corticothérapie pour cancers, etc...); les indications augmentent alors de fréquence avec l'âge. Mais bien souvent, elle dépend de l'initiative individuelle du malade lui-même qui espère faire disparaître ainsi un malaise ou ... des douleurs épigastriques.

2 - Selon le siège

On compte dans notre échantillon 24 hémorragies gastriques après prise de médicaments anti inflammatoires soit 41% des cas d'hémorragie gastrique. La lésion causale est alors un ulcère gastrique dans 17 cas (48% des cas d'ulcère gastrique hémorragique).

Le duodenum saigne après prise d'anti inflammatoire dans 14 cas (27% des hémorragies duodénales). La lésion causale est un ulcère duodéal dans 9 cas (35% des cas d'ulcère duodéal hémorragique).

L'oesophage est plus rarement concerné : 6 cas (17% des hémorragies oesophagiennes).

3 - Selon la maladie causale

L'absorption d'anti inflammatoire est donc signalée avant 26 hémorragies ulcéreuses, soit 43% des cas d'ulcères gastro duodénaux hémorragiques. Cette circonstance est présente dans 7 cas de gastro-duodénite hémorragiques sur 15 (47%). Par contre hernie hiatale, oesophagites et cancers hauts situés ne sont concernés que dans 22% des cas, et les ruptures de varices oesophagiennes dans 12% des cas.

4 - Enfin, les hémorragies digestives après absorption d'anti inflammatoire sont abondantes dans 82% des cas (43 cas).

B - Absorption de médicaments anti-coagulants

Elle n'est signalée que dans 6 cas, soit 3,4% des cas étudiés. Chez VIALLE et WILB (12) ce pourcentage est de 3,8%. Chez NOEL (11) il est de près de 10% (sujets de 65 ans et plus).

- oOo -

CONCLUSIONS

A LA PREMIERE PARTIE

1 - Les hémorragies digestives augmentent de fréquence avec l'âge. Les sujets âgés sont fortement représentés parmi les cas d'hémorragie digestive : 1 malade sur 2 a plus de 60 ans, 1 sur 3 plus de 70 ans. Les tendances constatées dans la population Française quand l'âge avance (diminution de la population avec l'âge, prépondérance féminine chez le sujet âgé) ne se répercutent qu'à un âge très avancé dans notre échantillon.

2 - Les hémorragies digestives hautes représentent 72% de l'échantillon. Il s'agit d'hémorragies gastriques dans la moitié des cas (2/3 des cas après 80 ans). Les hémorragies oesophagiennes et duodénales qui représentent respectivement 1/3 et 1/4 des cas d'hémorragie digestive haute, sont bien moins fréquentes après 80 ans.

a) Dans notre échantillon, les ulcères gastro-duodénaux sont cause de 35% de l'ensemble des hémorragies digestives, et de 49% des hémorragies digestives hautes; les cas de rupture de varices oesophagiennes représentent 15% de l'ensemble des hémorragies, et 19% des hémorragies hautes. Parmi les hémorragies digestives hautes, 11% sont dues à une hernie hiatale ou à une oesophagite isolée ou compliquant la hernie, 10,5% sont dues à une gastro-duodénite, 7% à un cancer, 4% à un syndrome de Mallory-Weiss.

b) L'étude de notre échantillon, et sa comparaison avec d'autres statistiques, montre une augmentation avec l'âge de la fréquence des ulcères gastriques, une diminution de la fréquence des ulcères duodénaux, une stabilité relative de la fréquence des ulcères gastro-duodénaux. Les ruptures de varices oesophagiennes, encore fréquentes de 70 à 79 ans, disparaissent presque complètement des statistiques au-delà de 80 ans. Cette réduction de la fréquence des cas de rupture de varices oesophagiennes est compensée chez le sujet très âgé par une augmentation de la fréquence des cancers et de la pathologie hernie hiatale-oesophagite. Les gastro-duodénites ont une incidence très variable selon les statistiques.

c) Dans notre échantillon, l'artériographie paraît sous-utilisée. Par contre, l'oeso-gastro-duodéno-scopie de première intention joue un rôle de premier ordre dans la démarche diagnostique. Elle est effectuée dans 83% des cas d'hémorragie digestive présumée haute; dans 49% des cas, elle

permet de découvrir une lésion dont le rôle dans l'hémorragie est certain. Elle ne connaît que 4% d'échecs absolus. Elle fait 93% des diagnostics. Mais elle n'est pas sans dangers, et l'état général du malade oblige parfois à s'en abstenir. Cette abstention joue un rôle non négligeable dans les cas d'incertitude diagnostique.

3 - Cette incertitude diagnostique dépend en outre de facteurs tels que l'intensité de l'hémorragie au moment de l'examen (absence, ou flot de sang masquant la lésion causale) et de la lésion causale elle-même (incertitude plus grande en ce qui concerne le rôle dans l'hémorragie des gastro-duodénites, cancers, hernie hiatale et oesophagites). Elle se traduit à la sortie du service d'urgence par un pourcentage de 17% des cas d'hémorragie digestive pour lesquels ne sont connus ni le siège, ni la lésion causale. Ces cas sont plus nombreux chez les femmes de 70 à 79 ans (où il relèvent d'atteintes graves de l'état général) et chez les femmes de 80 ans et plus (où d'autres causes entrent en jeu). Les lésions causales retenues jouent dans l'hémorragie un rôle certain ou probable dans 69% des cas d'hémorragies de tous sièges; ce rôle est certain dans 45% des cas.

4 - Les hémorragies digestives basses se signalent par leur rareté relative et par l'incertitude diagnostique qui les caractérise. Cette dernière est liée au fait que ces cas correspondent dans leur majorité à des hémorragies minimales permettant d'attendre l'arrêt de l'hémorragie et la mutation pour effectuer les examens nécessaires dans de bonnes conditions.

5 - Les hémorragies digestives recensées sont minimales dans 26% des cas. Les hémorragies minimales sont plus fréquentes en cas d'hémorragie basse ou de siège inconnu. La fréquence des hémorragies abondantes est supérieure dans les cas d'hémorragie digestive haute, pour les hémorragies gastriques et duodénales, pour les hémorragies ulcéreuses et celles qui sont consécutives à un cancer haut-situé, dans les cas de rupture de varices oesophagiennes. Elle est moindre pour les hémorragies dues à une gastro-duodénite, à une hernie hiatale ou à une oesophagite.

6 - Dans 19% des cas d'hémorragies digestives étudiées, on note l'existence d'hémorragie(s) antérieure(s). Ce chiffre est de 50% pour les cas de rupture de varices oesophagiennes. On note l'existence d'antécédents digestifs non hémorragiques, identiques à la maladie causale dans 19% des cas. Les hémorragies ulcéreuses sont inaugurales dans 80% des cas, les ruptures de varices oesophagiennes dans 35% des cas seulement.

7 - Une maladie générale est associée à l'hémorragie digestive dans 62% des cas. Les maladies les mieux représentées sont, dans l'ordre, l'éthylisme, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, la coronarite et l'artérite.

8 - Les anti-inflammatoires sont en cause dans 30% des hémorragies digestives de tous sièges, 35% des cas d'hémorragie haute, 41% des cas d'hémorragie gastrique, 43% des hémorragies ulcéreuses, et 47% des hémorragies dues à une gastro-duodénite. C'est un ulcère qui saigne dans 51% des cas d'hémorragie digestive après prise d'anti-inflammatoires.

- oOo -

DEUXIEME PARTIE

TRAITEMENT et EVOLUTION

INTRODUCTION

=====

A - Le Traitement médical

Le traitement pratiqué au Pavillon d'Urgence Médical de l'Hôpital Edouard Herriot s'inspire de principes généraux maintenant bien établis.

1 - Traitement médical standard :

- Repos au lit et diète.
- Transfusions en cas de chute de l'hématocrite et de choc hypovolemique. La quantité de sang transfusée varie selon la gravité de l'hémorragie dont elle constitue un reflet.
- Traitement anti-acide, traitement antibiotique local, et médication anti ammoniacales : on y recourt de façon quasi systématique dans les hémorragies digestives hautes.
- Bien entendu, les maladies associées justifient selon les cas un traitement adapté. Une réanimation assure l'équilibre des fonctions biologiques.

2 - Traitements particuliers.

- En cas de rupture de varices oesophagiennes, on peut, si nécessaire, avoir recours à la Sonde de Blackmore (ou à celle de Linton).
- La post hypophyse est utilisée en perfusions intraveineuses dans certaines hémorragies graves (ruptures de varices oesophagiennes, hémorragies ulcéreuses).
- Le mélange de Lévy (mélange anti-acide glacé) est utilisé en perfusion locale continue pour les hémorragies ulcéreuses et les gastro-duodénites hémorragiques.



Les techniques de coagulation sous endoscopie pour les ulcères gastro duodénaux, et d'embolisation transhépatique pour les ruptures de varices oesophagiennes, n'étaient pas couramment employées dans la période sur laquelle porte notre statistique. Nous n'en comptons aucun cas.

B - Les indications chirurgicales

C'est la question actuellement la plus discutée, pour les hémorragies ulcéreuses notamment. Nous leur consacrerons un chapitre particulier.

C - Notre plan d'étude :

Après un premier chapitre consacré à l'étude de l'évolution de l'ensemble des hémorragies digestives recensées, nous nous intéresserons, dans le chapitre II, à l'évolution des hémorragies digestives, selon la maladie causale. Le chapitre III analysera l'évolution présentée par les malades opérés. Le chapitre IV est consacré aux caractéristiques de l'hémorragie elle-même (gravité, circonstances, antécédents digestifs...) susceptibles d'influencer l'évolution, ainsi qu'au rôle joué dans la mortalité par le terrain et par les complications. Le chapitre 5 enfin apportera des compléments d'information quant aux 42 malades décédés.

D - Tout au long de cette étude, nous ferons référence à trois tableaux qui voudraient résumer les caractéristiques de l'évolution de nos malades : nous les plaçons en tête de cette partie. Le tableau 19 étudie l'évolution de l'hémorragie elle-même, sous traitement médical, selon les caractéristiques qu'elle présente, par comparaison à l'évolution dans l'ensemble de l'échantillon. Le tableau 20 étudie la mortalité pour chaque catégorie d'hémorragie. La partie schéma de ce tableau (partie gauche) analyse la mortalité globale en évaluant la part respective des décès post-opératoire et des décès à l'issue du traitement médical dans cette mortalité. Les chiffres réels de mortalité sont dans la partie tableau (à droite). Enfin, le tableau 21 donne une vision de l'ensemble de la composition de la population décédée. Il évalue le rôle que joue dans la mortalité chacune des caractéristiques de l'hémorragie en le comparant à la place que cette caractéristique occupe dans l'ensemble de l'échantillon. Il permet de mieux définir le rôle joué par chaque maladie associée et chaque complication dans la mortalité, selon qu'il est déterminant ou secondaire.



EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE ELIE-ELLE SOUS TRAITEMENT MEDICAL

Tablão REGA-POPULIP.

EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE SOUS TRAITEMENT MEDICAL				CHIFFRE (%)	
	Age	Age A K E T de l'hémorragie	Persist.	Récidive	
RESEMBL de l'échantillon		77,32%	19,57%	9,3	16,86%
PERSISTANCE HD +de 72 H	22,2%				55,56%
RÉCIDIVE de l'HD	43,75%				31,25%
Hémorragie H A U T E	75,00%		20,97%	12,1	20,16%
Hémorragie B A S S E	81,82%		18,18%		36,36%
H.D. de siège INCONNU	83,78%		16,21%		
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX	65,58%		32,79%	11,5	37,71%
ULCÈRES GASTRITAIRES	65,72%		40,00%	18,6	37,14%
ULCÈRES DUODÉNAUX	65,39%		23,08%	15,38	34,62%
RUPTURE DE VARTICES OES.	65,39%		23,08%	11,5	4
HERITE HIATILE OESOPHAGUE	100%			6	
GASTRO-DUODÉNITES	100%			20,00	
CANCÈRES	90,90%		9,1	9,1	18,18%
Maladie Cancére Inconnue	78,79%		15,15%	6	3
Hémorragies ABONDANTES	70,77%		26,15%	10,5	26,77%
Hémorragies d'Abond	97,62%			2	5
HD après prise d'anti-inf.	71,51%		15,69%	15,69	21,57%
antécédents hémorragiques	78,13%		21,88%	6	9,4
Ated digest. identiques	81,82%		21,21%	9,1	15,15%



Washburn Corporation.

15,00	36,36	19,61	21,57
27,60	33,33	28,13	9,37
17,85	40,00	21,21	15,15



L.H.B.D. :

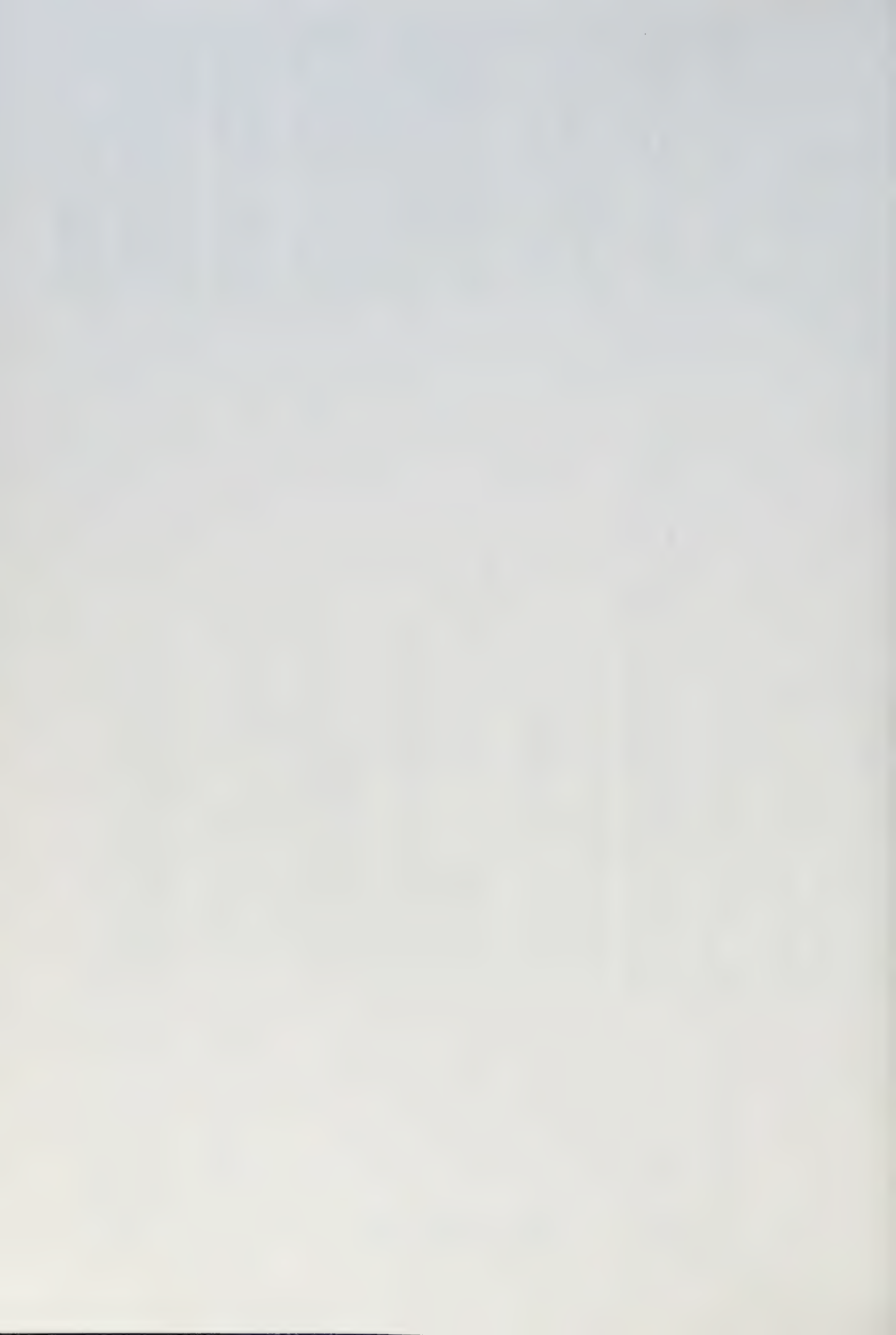


TABLEAU COMPARATIF ENTRE LA POPULATION DÉCÉDÉE
ET L'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON.

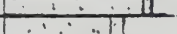
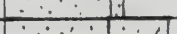
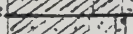
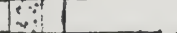
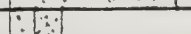
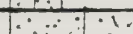
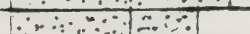
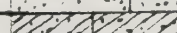
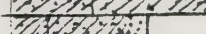
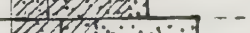
Légende :

-  de l'ensemble de l'échantillon
-  de la population décédée
-  Incidence MCHERS dans la population décédée que dans l'ensemble de l'échantillon
-  Incidence supérieure dans la population décédée par rapport à l'ensemble de l'échantillon

 Maladie associée ou complication
Jouant un rôle déterminant dans le décès.

ENSEMBLE DE
L'ÉCHANTILLON

POPULATION
DÉCÉDÉE

Hémorragies MCHERS		72,09	69,05	
Hémorragies PASSIVES		6,39	4,76	
Mal de gorge MCHERS		21,51	26,19	
Hémorragies OESOPHYGIENNES		24,42	23,81	
Hémorragies GASTRIQUES		34,30	30,95	
Hémorragies DUODÉNALES		20,35	23,81	
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX		35,46	35,71	
ULCÈRES GASTRIQUES		20,35	21,43	
ULCÈRES DUODÉNAUX		15,11	16,67	
ÉPIDERMES de VARIOUS CAS.		15,11	23,81	
GASTRO-DUODÉNALES		8,72	9,52	
CANCER		6,39	4,76	
DIAGNOSTICS NON FAITS		13,19	23,81	
HÉMORRAGIES ABONDANTES		75,56	68,05	
ANÉMIE MCHERS		24,42	11,91	
EXISTENCE d'un Mal. ASSOCIÉ		61,63	60,95	61,63
ÉCHANGES		24,42	35,71	21,43
Décompensation ictéro-ascit.		12,21	23,85	16,67
Insuffisance CARDIAQUE		15,70	16,67	11,91
HYPERTENSION ARTÉRIELLE		12,21	4,76	2,38
CORONARITE		10,47	26,19	16,67
ARTÉRITE		6,14	14,29	9,52
Insuffisance RESPIRATOIRE		9,14	9,52	4,76
Insuffisance RENALE Chron.		3,49	7,14	7,14
CANCER		6,72	4,76	0
ATCD Digestifs HÉMORRAGIQUES		18,60	21,43	
ATCD Dig. Identiques non H.		19,20	16,67	
Médis. ANTI-INFLAMMATOIRES		23,85	23,86	
Médis. ANTI-COAGULANTS		3,49	7,14	
PERSISTANCE HD plus de 72h		10,46	26,19	
RÉCIDIVE PRÉCOCE		6,96	16,67	
Récidive SANGUINALE		2,32	2,28	
ANAL de l'hémorragie		71,51	30,26	
CHIRURGIE		16,66	26,19	
Complications CERVEAUX		11,63	33,33	30,26
Complications RENALES		5,22	12,35	16,67
Complications INFECTIONNELLES		6,14	26,19	11,91
CAUSE		12,79	33,33	11,91



CHAPITRE I

EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE SOUS TRAITEMENT MEDICAL ET MORTALITE

ETUDE GLOBALE ET SELON LA LOCALISATION DE L'HEMORRAGIE

INTRODUCTION

=====

A - Nous distinguerons :

du point de vue de l'évolution des cas d'hémorragie digestive étudiés :

1 - L'évolution de l'hémorragie elle-même sous traitement médical, celle-ci n'étant souvent qu'une des causes ou une des manifestations, d'importance variable, d'un processus pathologique complexe.

2 - L'évolution de ce processus pathologique lui même en terme de mortalité. Dans ce cadre, nous distinguerons mortalité à l'issue du traitement médical et mortalité post opératoire, comparées à la mortalité globale.

3 - La chirurgie ne sera étudiée dans ce chapitre qu'au point de vue de sa fréquence et de la mortalité qu'elle entraîne.

B - Définition des notions utilisées

1 - Persistance de l'hémorragie :

Sont classées dans cette catégorie :

a) Les cas où le décès survient au cours de l'hémorragie quelque soit le délai entre le début de l'hémorragie et le décès.



b) Les cas où une intervention chirurgicale est pratiquée avant l'arrêt de l'hémorragie, quel que soit le délai entre le début de l'hémorragie et l'intervention.

c) Enfin, les cas où l'hémorragie persiste plus de 72 heures avant de s'arrêter.

2 - Récidive de l'hémorragie

a) Nous appelons récidives précoces celles qui surviennent dans un délai inférieur à une semaine après le début de l'hémorragie.

b) Nous appelons récidives secondaires, celles qui surviennent dans un délai compris entre une semaine et un mois.

Les récidives tardives (délai supérieur à 1 mois) ne sont pas comptabilisées comme telles dans cette statistique. On pourrait toutefois considérer comme telles les hémorragies survenant plus d'un mois après une hémorragie antérieure de cause identique (voir chapitre I A).

3 - Arrêt de l'hémorragie à l'issue du traitement médical

Les critères en sont la clarté du lavage gastrique, un retour des selles à la normale, une normalisation des constantes hémodynamiques, l'absence de récidive ultérieure. Cette catégorie mesure le degré d'efficacité du traitement médical sur l'hémorragie elle-même sans préjuger des suites de l'hospitalisation (décès par complications, chirurgie différée, etc...)

4 - Chirurgie :

Nous distinguerons deux types de chirurgie :

- Chirurgie en urgence : lorsqu'elle intervient en cours d'hémorragie, dans un but hémostatique.

- Chirurgie différée : lorsque la lésion ne saigne plus au moment de l'intervention, quel que soit le délai entre l'hémostase et l'intervention.

5 - La Mortalité

On distingue les décès à l'issue du traitement médical (rapportés au nombre de malades non opérés pour définir la mortalité à l'issue du traitement médical) et les décès post-opératoires (rapportés au nombre d'interventions pour définir la mortalité post-opératoire). Ces deux mortalités sont comparées à la mortalité globale (nombre total de décès rapporté au nombre total de cas).

On distingue par ailleurs les décès précoces (intervenant moins d'un mois après le début de l'hémorragie) des décès plus tardifs.



I - STATISTIQUE GLOBALE

=====

A - Du point de vue de l'évolution de l'hémorragie elle-même :

1 - Le tableau 22 enregistre 77% de réussite du traitement médical (133 cas d'arrêt de l'hémorragie digestive). Ce taux est supérieur après 80 ans, inférieur de 70 à 79 ans.

2 - Les cas de résistance au traitement médical : on compte 34 cas de persistance de l'hémorragie (20%), 12 cas de récidive précoce (7%), 4 cas de récidive secondaire (2%) (9% de récidives au total). Cette résistance finit quelque fois par céder (voir paragraphes II et III).

B - La chirurgie :

Forme d'échec du traitement médical, elle intervient dans 17% des cas (29 cas). Sa fréquence est supérieure chez la femme de 70 à 79 ans.

C - La Mortalité :

La mortalité globale est de 24% (42 décès). Elle procède d'une mortalité à l'issue du traitement médical de 21% (30 décès) et d'une mortalité post opératoire de 41% (12 décès). Mais sur les 29 malades opérés, 24 le sont en urgence. Les interventions différées n'entraînant pas de décès, la mortalité post-opératoire en urgence est de 50%. A 1 mois, la mortalité est de 21,5%.

La mortalité globale est supérieure chez les femmes de 70 à 79 ans, en raison d'une plus forte incidence de la chirurgie, mais aussi d'une plus forte mortalité à l'issue du traitement médical. Au delà de 80 ans, la plus faible mortalité à l'issue du traitement médical est compensée par une mortalité post-opératoire supérieure.

D - Ces chiffres serviront de base de comparaison dans les tableaux 19 et 20.

II - LES CAS DE PERSISTANCE DE L'HEMORRAGIE

=====

A - La définition que nous avons donnée des cas de persistance de l'hémorragie est hybride : elle sous tend 2 types différents d'échec du traitement médical :



EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE SOUS TRAITEMENT MEDICAL
ET MORTALITE
ETUDE GLOBALE.

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79	80ans	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe	ans	et +			
Nombre TOTAL de cas d'HD		80	33	24	35	113	59	104	68	172
PERSISTANCE de l'HEMORRAGIE	Nb	17	10	3	4	27	7	20	14	34
	%	21,25	30,30	12,50	11,45	23,89	11,86	19,23	20,58	19,77
RECIDIVE PRECOCE de l'HEMORRAGIE	Nb	6	3	2	1	9	3	8	4	12
	%	7,50	9,09	8,33	2,86	7,96	5,18	7,69	5,88	6,98
RECIDIVE SECONDAIRE de l'HEMORRAGIE	Nb	2	0	1	1	2	2	3	1	4
	%	2,50	/	4,16	2,86	1,77	3,39	2,88	1,47	2,32
ARRET de l'HEMORRA- GIE sous traitement MEDICAL	Nb	62	21	21	29	83	50	83	50	133
	%	77,50	63,63	87,50	82,86	73,45	84,57	79,81	73,53	77,32
MALADES non-opérés		68	24	21	30	92	51	89	54	143
DECES à l'issue du Traitement MEDICAL	Nb	14	8	3	5	22	8	17	13	30
	%	20,59	33,33	14,29	16,67	23,91	15,68	19,10	24,07	20,98
CHIRURGIE	Nb	12	9	3	5	21	8	15	14	29
	%	15,00	27,27	12,50	14,29	18,58	13,56	14,42	20,58	16,86
DECES POST-OPERATOIRES	Nb	4	4	2	2	8	4	6	6	12
	%	33,33	44,44	66,67	40,00	38,09	50,00	40,00	42,86	41,38
TOTAL DECES mortalité	Nb	18	12	5	7	30	12	23	19	42
	%	22,50	36,36	20,83	20,00	26,55	20,34	22,10	27,94	24,42
DONT décès PRECOCES mortalité précoce	Nb	16	11	4	6	27	10	20	17	37
	%	20,00	33,33	16,67	17,14	23,89	16,95	19,23	25,00	21,51



- Les échecs d'emblée lorsque l'intensité de l'hémorragie la met hors de portée du traitement médical dès les premières heures. Il s'agit des cas pour lesquels la chirurgie ou le décès interviennent moins de 72 heures après le début de l'hémorragie.
- Les hémorragies résistantes qui persistent plus de 72 heures (53% des cas de persistance : 18 cas).

B - Ces cas de persistance de plus de 72 heures sont les plus intéressants à étudier car ils nous donnent une idée de ce que devient le pronostic lorsque l'organisme est affaibli par une perte de sang prolongée (bien que plus ou moins compensée).

Sur les 18 cas recensés, l'arrêt spontané de l'hémorragie finit par intervenir dans 4 cas (22%). On a recours à la chirurgie dans 10 cas (55%). Les 4 autres malades sont décédés ce qui nous donne une mortalité de 50% à l'issue du traitement médical. La mortalité post opératoire est encore plus forte (70%) (nous verrons le rôle aggravant que joue la temporisation dans la mortalité post-opératoire). La mortalité globale (11 décès) est de 61%. L'évolution est donc très grave, et la persistance de l'hémorragie, plus de 72 heures, joue un rôle important dans la mortalité. (Voir tableaux 19, 20 et 21).

III - LES CAS DE RECIDIVE DE L'HEMORRAGIE

=====

On compte 3 récurrences précoces pour une récurrence secondaire, le risque de récurrence diminuant avec le temps qui consolide la cicatrisation.

Sur les 16 cas de récurrence recensés la chirurgie intervient 5 fois. Parmi les 11 autres cas, on enregistre 7 décès et 7 cas d'arrêt de l'hémorragie après récurrence. On ne compte qu'un décès post-opératoire. Comparée à celle de l'ensemble des cas d'hémorragie digestive (tableaux 19 et 20) l'évolution des cas de récurrence est donc grave. Néanmoins, de façon paradoxale, la chirurgie paraît mieux supportée (nous reparlerons de ce phénomène dans l'étude de la chirurgie). Les décès à l'issue du traitement médical dans les cas de récurrence sont pour la plupart dus à des lésions causales peu accessibles à la chirurgie (rupture de varices oesophagiennes entre autres) ou interviennent malgré l'arrêt de la 2ème hémorragie.

IV - EVOLUTION DES CAS AYANT BENEFICIE D'UN TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER

=====

A - Sonde de Blackmore

Elle a été utilisée dans 9 des 26 cas de rupture de varices oesophagiennes (35%), dans 4 cas associée à la perfusion intra-veineuse de



post-hypophyse. Il s'agit de 3 hémorragies moyennes (Blackmore seule), 4 hémorragies graves (post hypophyse associée dans 3 cas) et une hémorragie très grave (post hypophyse associée). Leur évolution sera étudiée dans le chapitre II, en même temps que l'évolution de l'ensemble des cas de rupture de varices oesophagiennes, pour comparaison. Notons un cas où la sonde de Blackmore est mal supportée (complications cardiaques liées au traitement, pas de décès).

B - Les perfusions intra veineuses de post-hypophyse :

Elles sont associées à l'utilisation de la sonde de Blackmore dans 4 cas de rupture de varices oesophagiennes : arrêt de l'hémorragie dans 2 cas. Décès dans les 2 autres cas (après récurrence secondaire dans 1 cas, persistance pendant plus de 72 heures dans l'autre).

Elles sont utilisées dans 3 cas d'ulcère gastro-duodénal (1 ulcère gastrique et 2 ulcères duodénaux), associées dans 2 cas à l'utilisation locale du mélange de Lévy, dans 1 cas après récurrence précoce. Arrêt de l'hémorragie dans les 3 cas. Pas de décès. Complications cardiaques dans 1 cas.

C - Le mélange de Lévy :

Utilisé en perfusion glacée dans 4 cas : 3 cas d'ulcère gastro-duodénaux (2 ulcères gastriques et 1 ulcère duodénal) et 1 cas de gastro-duodénite (suffusion hémorragique diffuse). Dans 2 des cas d'ulcère, il est associé à la perfusion IV de post hypophyse. Dans 3 cas (2 ulcères gastriques et la gastroduodénite), il est utilisé après récurrence précoce. Ce traitement aboutit dans tous les cas à l'arrêt de l'hémorragie. Dans un cas d'ulcère gastrique, le décès survient après cette hémostase par insuffisance cardiaque et détresse physiologique.

V - EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE SOUS TRAITEMENT MEDICAL EN FONCTION DE SON

=====

SIEGE

=====

Cette étude présente deux intérêts :

- d'une part, elle nous donne des indications quant à l'évolution de l'hémorragie selon qu'elle est haute ou basse.
- d'autre part, elle va nous permettre, sur la base du tableau 23, de pondérer les informations du tableau 22 en tenant compte de l'inégalité de répartition selon l'âge et le sexe des hémorragies digestives de siège inconnu.



A - Evolution de l'hémorragie et chirurgie :

Le schéma 20 nous montre que ce sont les hémorragies digestives hautes qui sont les plus rebelles au traitement médical (75% d'arrêt), puis viennent les hémorragies basses (82%) et les hémorragies de siège inconnu (83% de réussite du traitement médical).

Parmi les 11 cas d'hémorragie digestive basse, on compte 4 interventions chirurgicales dont 2 différées (cancers du rectum) et les 2 cas de persistance. Aucune indication chirurgicale n'est posée quand le siège de l'hémorragie est inconnu. La chirurgie intervient dans 25 cas d'hémorragie digestive haute (20%).

B - Mortalité :

Les 2 hémorragies digestives basses opérées en urgence sont suivies de décès. Ce sont les seuls décès enregistrés pour hémorragie basse. Malgré un fort pourcentage de réussite du traitement médical, les hémorragies digestives de siège inconnu enregistre une mortalité supérieure à la mortalité globale. La mortalité des hémorragies digestives hautes (23%) est de ce fait inférieure à la mortalité enregistrée dans l'ensemble de l'échantillon. C'est aussi vrai pour la mortalité post-opératoire (40%) que pour la mortalité à l'issue du traitement médical (19%) (Tableau 20).

C - Evolution des hémorragies digestives de siège inconnu en fonction

de l'âge et du sexe :

Nous constatons dans le tableau 23 que l'évolution de ces hémorragies est très variable selon les groupes d'âge et de sexe défini. Cette inégalité se répercute dans l'ensemble de l'échantillon et d'autant plus quand les hémorragies digestives de siège inconnu sont fréquentes. Chez les femmes de 70 à 79 ans, les hémorragies de siège inconnu augmentent la mortalité à l'issue du traitement médical (fortes proportions de cas, où l'état général est très atteint, entraînant l'abstention endoscopique). Chez les femmes de 80 ans et plus, et après 80 ans en général, les hémorragies de siège inconnu contribuent au contraire à diminuer la mortalité, dans la mesure où elles enregistrent une évolution plus bénigne.

E - Evolution des hémorragies hautes selon l'âge et le sexe

Les inégalités constatées dans l'ensemble de l'échantillon ont tendance à s'applanir pour les hémorragies hautes; il reste deux différences :

1 - L'évolution apparaît un peu meilleure après 80 ans (82% d'arrêt de l'hémorragie contre 75% dans l'ensemble des hémorragies hautes). La mortalité est plus faible après cet âge (18% contre 23) surtout la mortalité à l'issue du traitement médical (14% contre 19%).



2 - Les femmes de 70 à 79 ans subissent une mortalité un peu plus forte (27% contre 23). Elle est due essentiellement à un taux moindre de réussite du traitement médical (65% contre 75) qui induit une chirurgie plus fréquente (35% contre 20) avec une mortalité post opératoire un peu supérieure (44% contre 4P). Par contre, la mortalité à l'issue du traitement médical est inférieure à la moyenne dans ce groupe. Mais elle est plus élevée chez les hommes de 70 à 79 ans.

E - Rôle du siège de l'hémorragie dans la mortalité (Tableau 21)

Les hémorragies digestives de siège inconnu sont plus fréquentes dans la population décédée que dans l'ensemble de l'échantillon, au contraire des hémorragies hautes et basses. Les hémorragies duodénales se signalent par une plus grande fréquence dans la population décédée, à l'inverse des hémorragies gastriques. Les hémorragies oesophagiennes sont aussi bien représentées parmi les cas de décès que dans l'ensemble de l'échantillon.

- oOo -



T A B L E A U N ° 23

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT MEDICAL ET MORTALITE
EN FONCTION DE LA LOCALISATION DE L'HEMORRAGIE.

			70 à 79 ans		80 ans et +		70-79	80ans	H6	Fe	Total
			H6	Fe	H6	Fe	ans	et +	H6	Fe	
HEMORRAGIES	Nb TOTAL d'HD HAUTES		64	26	17	17	90	34	61	43	124
	PERSIST. NON DE L'HEMORRAGIE	Nb	15	7	2	2	22	4	17	9	26
		%	23,44	26,93	11,76	11,76	24,44	11,76	20,99	20,93	20,97
	RECIDIVE DE L'HEMORRAGIE	Nb	8	3	3	2	11	5	11	5	16
		%	12,50	11,54	17,65	11,76	12,22	14,71	13,58	11,63	12,80
	ARRET de l'HD à l'issue du traitement médical	Nb	48	17	15	13	65	28	63	30	93
%		75,00	65,38	88,24	76,48	72,22	82,35	77,78	69,76	75,00	
HAUTES	Malades NON- OPERES		53	17	15	14	70	29	68	31	99
	DECES à l'issue du traitement MEDICAL	Nb	12	3	2	2	15	4	14	5	19
		%	22,64	17,65	13,33	14,29	21,43	13,79	20,59	16,13	19,19
	CHIRURGIE	Nb	11	9	2	3	20	5	13	12	25
		%	17,19	34,61	11,76	17,65	22,22	14,71	16,05	27,91	20,16
	DECES POST-OPERATOIRES	Nb	4	4	1	1	8	2	5	5	10
		%	36,36	44,44	50,00	33,33	40,00	40,00	38,46	41,67	40,00
	TOTAL DECES Mortalité globale	Nb	16	7	3	3	23	6	19	10	29
%		25,00	26,93	17,65	17,65	25,56	17,65	23,46	23,26	23,39	
HD INCONNU	Nb HD siège INCONNU		13	7	4	13	20	17	17	20	37
	PERSISTANCE DE L'HEMORRAGIE	Nb	2	3	0	1	5	1	2	4	6
		%	15,38	42,86	/	7,69	25,00	5,89	11,76	20,00	16,21
	ARRET DE L'HD à l'issue du ttt MEDICAL	Nb	11	4	4	12	15	16	15	16	31
		%	84,62	57,14	100	92,31	75,00	94,12	88,24	80,00	83,78
	TOTAL DECES Mortalité	Nb	2	5	1	3	7	4	3	8	11
%		15,38	71,43	25,00	23,08	35,00	23,53	17,65	40,00	29,73	



CHAPITRE II

EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE ET MORTALITE

EN FONCTION DE LA MALADIE CAUSALE

I - LES HEMORRAGIES ULCEREUSES

=====

A - Etude comparative avec l'ensemble de l'échantillon et les

Hémorragies digestives Hautes (tableaux 19, 20 et 21)

1 - Du point de l'évolution de l'hémorragie elle-même :

nous comptons :

- 20 cas de persistance : 16 justifient une intervention chirurgicale; dans 3 des 4 autres cas, arrêt de l'hémorragie après plus de 72 heures de persistance.
- 7 cas de récidive : 4 de ces malades sont opérés (dans le chapitre chirurgie, nous y rajouterons le cas n° 1 : diagnostic non fait à l'endoscopie, ulcère gastrique découvert à l'intervention). Dans les 3 autres cas, l'hémorragie finit par tarir.

Donc, sur les 61 cas d'ulcères gastro duodénaux, après soustraction des 20 malades opérés en urgence et du cas de persistance de l'hémorragie jusqu'au décès, il reste 40 cas d'arrêt de l'hémorragie.

Les pourcentages correspondants sont reportés dans le tableau 19 les hémorragies ulcéreuses accusent, dans ce tableau, un taux de réussite du traitement médical (66%) plus faible que l'ensemble des hémorragies digestives hautes (75%) et à plus forte raison que les hémorragies de tous sièges (77%). Récidives et persistance sont l'une et l'autre plus fréquentes.

Ajoutons que les hémorragies ulcéreuses représentent 59% des cas de persistance enregistrés dans l'ensemble de l'échantillon, et 44% des cas de récidive.



2 - Du point de vue de la fréquence de la chirurgie

Si on ajoute aux 20 interventions en urgence déjà citées, 3 interventions en différé, on constate que les hémorragies ulcéreuses sont celles qui nécessitent le plus souvent le recours à la chirurgie (38%, cf tableau 19). Si on ajoute à ces 23 cas l'intervention pour lésion causale inconnue (cas n° 1), on constate que les hémorragies ulcéreuses représentent 83 % des interventions chirurgicales.

3 - Du point de vue de la mortalité

On compte 9 décès post-opératoires, 1 décès par persistance de l'hémorragie à l'issue du traitement médical et 5 autres décès après hémotase chez des malades non opérés. Les pourcentages déduits de ces chiffres nous permettent dans le tableau 20 les constatations suivantes :

- La mortalité post-opératoire globale est plus faible dans les cas d'ulcères gastro-duodénaux (39%) que dans l'ensemble de l'échantillon (41%) et pour les HD hautes (40%). Mais du fait d'un plus fort pourcentage d'intervention son rôle dans la mortalité globale est plus important (partie schéma du tableau). La mortalité à l'issue du traitement médical étant très inférieure à celle de l'ensemble de l'échantillon, nos malades ne meurent pas plus souvent après une hémorragie ulcéreuse qu'après une hémorragie d'autre origine (voir tableau 21).

- Par ailleurs, le tableau 24 montre que les interventions différées n'enregistrant aucun décès, la mortalité post opératoire en urgence est très supérieure à la mortalité post-opératoire globale. Ce chiffre, très important, (45%), ne tient toutefois pas compte de l'intervention pour hémorragie gastrique de lésion causale inconnue (cas n° 1) opérée en urgence (pas de décès) la mortalité post opératoire en urgence réelle est donc de 43% (voir le chapitre 3).

On n'enregistre qu'un seul cas où le décès survient plus d'un mois après le début de l'hémorragie, la mortalité précoce (21,5%) est donc peu différente de la mortalité globale (24,5%).

Parmi les 20 cas de persistance d'hémorragie ulcéreuse, on compte 8 décès post opératoires sur les 16 interventions (mortalité post opératoire de 50%) et 1 décès sur les 4 cas non opérés (mortalité à l'issue du traitement médical 25%), soit une mortalité globale de 45%.

Parmi les 7 cas de récidive, on compte 1 décès post opératoire pour 4 interventions (25%). Les 3 autres hémorragies ulcéreuses récidivantes finissent par céder mais 2 valades meurent de complications (mortalité à l'issue du traitement médical 66%). La mortalité globale est dans ce cas de 43%.

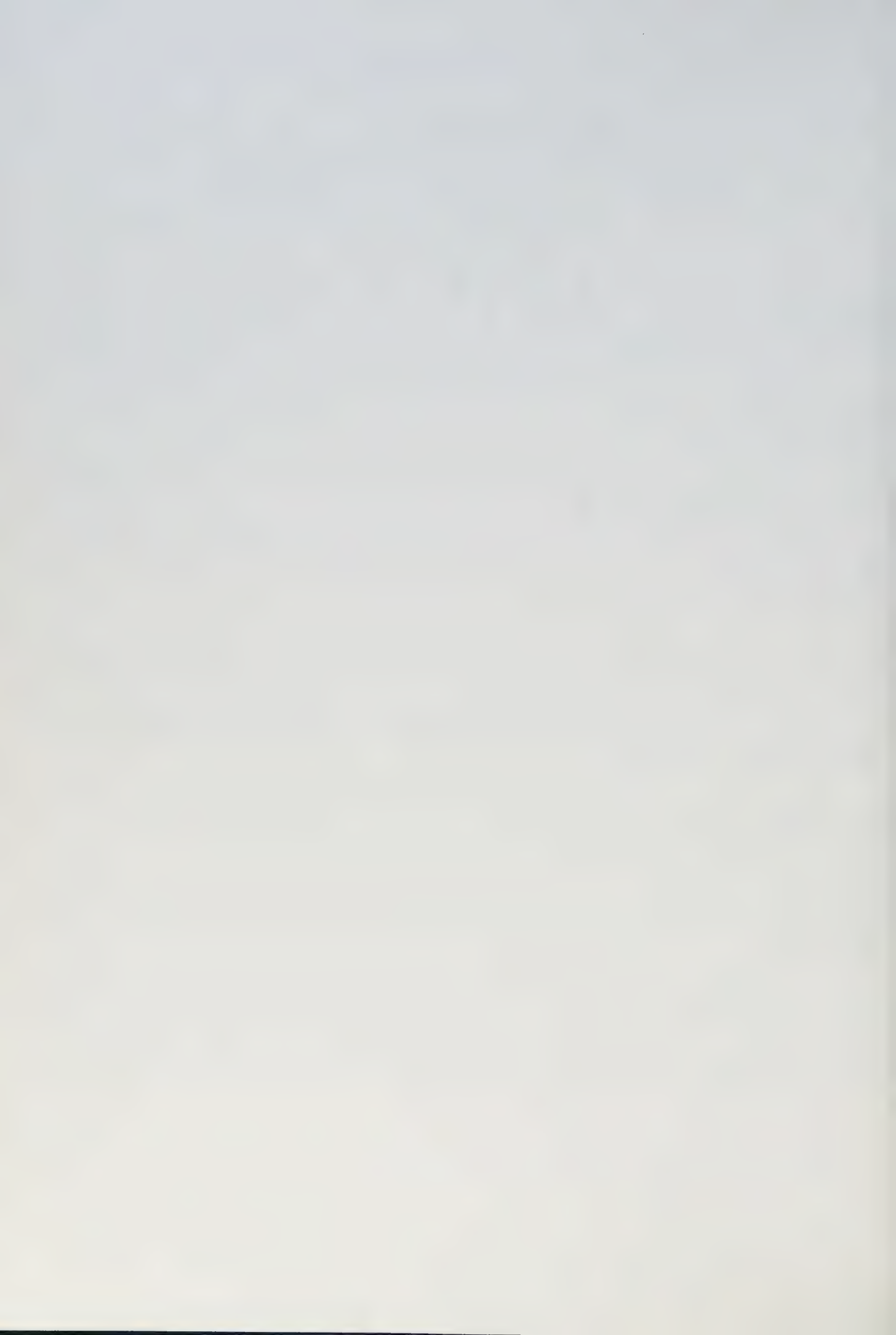
Parmi les 40 cas de réussite du traitement médical sur l'hémorragie, on compte donc 5 décès (mortalité 12,5%).



T A B L E A U N ° 24

ULCERES GASTRO-DUODENAU X :
EVOLUTION SOUS TRAITEMENT MEDICAL ET MORTALITE.

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79	80ans	H6	Fe	Total
		H6	Fe	H6	Fe	ans	et +			
Nombre TOTAL d'U.G.D.		35	12	7	7	47	14	42	19	61
P E R S I S T A N C E de l'HEMORRAGIE	Nb	11	5	2	2	16	4	13	7	20
	%	31,43	41,67	28,57	28,57	34,05	28,57	30,95	36,84	32,79
R E C I D I V E de l'HEMORRAGIE (précoc dans tous les cas)	Nb	4	1	1	1	5	2	5	2	7
	%	11,45	8,33	14,29	14,29	10,64	14,29	11,91	10,53	11,48
A R R E T de l'HD à l'issue du traitement médical.	Nb	25	6	5	4	31	9	30	10	40
	%	71,43	50,00	71,43	57,14	65,96	64,29	71,43	52,64	65,58
Malades NON OPERES		24	5	5	4	29	9	29	9	38
DECES à l'issue du traitement MEDICAL	Nb	5	1	0	0	6	0	5	1	6
	%	20,83	20,00	/	/	20,69	/	17,25	11,11	15,79
TOTAL CHIRURGIE	Nb	11	7	2	3	18	5	13	10	23
	%	31,43	58,33	28,57	42,86	38,30	35,71	30,95	52,64	37,71
DONT Chirurgie en URGENCE	Nb	9	6	2	3	15	5	11	9	20
	%	25,72	50,00	28,57	42,86	31,91	35,71	26,19	47,36	32,79
DECES POST-OPERATOIRES		4	3	1	1	7	2	5	4	9
MORTALITE POST-OPERATOIRE		36,36	42,86	50,00	33,33	38,89	40,00	38,46	40,00	39,13
Mortalité P.O. EN URGENCE		44,44	50,00	50,00	33,33	46,67	40,00	45,45	44,44	45,00
TOTAL DECES Mortalité globale	Nb	9	4	1	1	13	2	10	5	15
	%	25,72	33,33	14,29	14,29	27,66	14,29	23,81	26,32	24,59
DONT décès PRECOCES Mortalité précoce	Nb	8	4	1	1	12	2	9	5	14
	%	22,86	33,33	14,29	14,29	25,53	14,29	21,43	26,32	22,95



B - Différenciations selon le siège de l'ulcère

Rappelons que notre définition des ulcères gastro-duodénaux inclut les ulcères peptiques. Les 2 cas d'ulcère peptique hémorragique de notre statistique évoluent favorablement : arrêt de l'hémorragie - chirurgie différée dans 1 cas - pas de décès.

Les différences essentielles entre ulcères gastriques et duodénaux sont :

- plus de cas de persistance de l'hémorragie pour les ulcères gastriques, alors que les hémorragies ulcéreuses duodénales récidivent plus souvent.
- plus fort pourcentage d'interventions dans les cas d'hémorragie ulcéreuse gastrique (tableau 19).
- mortalité globale supérieure dans les cas d'hémorragie ulcéreuse duodénale, due à une plus forte mortalité post opératoire (tableau 20).

Il serait néanmoins délicat de tirer des conclusions arrêtées de cette comparaison, vu la faible importance des différenciations, en égard au petit nombre de cas.

C - Les hémorragies ulcéreuses dans le cas de décès

Le tableau 21 confirme les constatations faites quant à la mortalité globale des hémorragies ulcéreuses.

Parmi les 6 décès par hémorragie ulcéreuse à l'issue du traitement médical, un seul survient en cours d'hémorragie, et est directement lié à cette hémorragie. Parmi les 9 décès qui font suite à une intervention chirurgicale, on compte 1 décès per-opératoire lié à l'hémorragie et une récurrence hémorragique post opératoire (cas n° 9 - réintervention et décès). Tous les autres décès interviennent après hémostase, qu'elle soit médicale ou chirurgicale.

D - Evolution selon l'âge et le sexe (tableau 24)

1 - Le traitement médical a la même efficacité, quel que soit l'âge sur l'hémorragie elle-même, mais il enregistre moins de réussite chez les femmes, chez qui la chirurgie est, de ce fait, plus fréquente.

2 - La mortalité globale est moindre au-delà de 80 ans. Ce phénomène paradoxal est une caractéristique anormale de notre échantillon. Il est dû à l'absence de décès à l'issue du traitement médical après 80 ans, et à une mortalité post-opératoire inférieure chez les femmes de 80 ans et plus.



Il explique partiellement la mortalité plus faible enregistrée après 80 ans dans les cas d'hémorragie digestive haute.

E - Conclusions

Nous retiendrons de cette étude :

1 - La très forte mortalité post opératoire en urgence dans les cas d'hémorragie ulcéreuse (45%). Si les 20 malades opérés en urgence étaient morts du fait de l'abstention d'intervention, la mortalité globale en cas d'hémorragie ulcéreuse serait passée de 24,6 à 42,6 %. Ce chiffre, qui nous indique la mortalité maximale en cas d'abstention chirurgicale systématique, est inférieur à la mortalité post opératoire en urgence (45%) qui pourrait affecter un échantillon de malades systématiquement opérés dans un but hémostatique.

Si l'on ajoute à nos cas d'ulcères gastro duodénaux hémorragiques le cas n° 1, opéré en urgence sans décès, ce calcul donne les chiffres suivants :

- en cas d'abstention chirurgicale systématique, mortalité maximale :
21 malades opérés en urgence + 6 décès à l'issue du traitement médical = 27/62 cas d'ulcères gastroduodénaux = 43,6%.
- en cas de chirurgie en urgence systématique, mortalité maximale égale à la mortalité post opératoire en urgence = 9/21 = 43,8%.

Le résultat est donc moins net, mais encore en faveur d'une attitude de prudence vis à vis de la chirurgie en urgence. Nous reparlerons de cette question en conclusion du chapitre III.

2 - Le fait que les sujets âgés de 80 ans et plus accusent dans notre échantillon une mortalité moindre que les sujets de 70 à 79 ans. Cette constatation contredit les données de la littérature. Il s'agit sans doute d'un phénomène accidentel que nous ne retenons que comme caractéristique anormale de notre échantillon.

3 - Le fait enfin que les ulcères duodénaux hémorragiques accusent dans notre échantillon une mortalité globale supérieure à celle des hémorragies ulcéreuses gastriques, due à une mortalité post opératoire supérieure, malgré un pourcentage d'intervention plus réduit. Mais ces différenciations portent sur un nombre de cas assez faible.



II - LES HEMORRAGIES PAR RUPTURE DE VARICES OESOPHAGIENNES

A - Evolution de l'hémorragie elle-même sous traitement médical

(tableau 19)

Le pourcentage de succès du traitement médical (65%, 17 cas) est inférieur à celui enregistré pour les hémorragies digestives hautes (75%) et dans l'ensemble de l'échantillon (77%).

Persistance et récidives sont l'une et l'autre plus fréquentes que dans l'ensemble de l'échantillon. Les ruptures de varices oesophagiennes sont en cause dans 18% des cas de persistance (6 cas) et 19% des cas de récidive (3 cas).

B - Chirurgie

Une intervention chirurgicale n'est pratiquée que dans 1 seul des cas comptabilisés : décès post opératoire. Un cas n'est pas recensé comme tel dans notre statistique (cas n° 9) et sera étudié dans le chapitre 3.

C - Mortalité

Le tableau 20 montre que c'est dans les cas de rupture de varices oesophagiennes que la mortalité globale est maximale (38%)(10 décès). Il s'agit essentiellement de décès à l'issue du traitement médical.

Ce fait entraîne dans le tableau 21 une proportion de cas de rupture de varices oesophagiennes bien supérieure dans la population décédée que dans l'ensemble de l'échantillon.

Sur les 10 décès recensés, 5 sont directement liés à l'hémorragie qu'il s'agisse d'une persistance (3 cas) ou d'une récidive (2 cas); les 5 autres (dont le décès post opératoire) sont dus à des complications associées.

D - Répartition selon l'âge et le sexe

Les décès après rupture de varices oesophagiennes concernent essentiellement l'homme de 70 à 79 ans (8 décès sur 10). Ce fait explique la plus grande fréquence de décès à l'issue du traitement médical après hémorragie haute constatée dans ce groupe (tableau 23).

E - Sonde de Blackmore

Parmi les 26 cas de rupture de varices oesophagiennes, nous avons vu que 9 justifient l'emploi de la sonde de Blackmore, associée dans 4 cas d'hémorragie grave et très grave à la perfusion IV de post-hypophyse. Ce



traitement enregistre 5 échecs : 1 cas de récurrence secondaire et 4 cas de persistance. L'emploi de post hypophyse était associé dans 3 des cas. Ces échecs sont à l'origine des 5 décès signalés comme directement liés à l'hémorragie. Il reste 4 cas d'arrêt de l'hémorragie : il s'agit des 3 cas d'hémorragie moyenne et d'1 des 4 cas d'hémorragie grave (lequel a nécessité en outre le recours à la post hypophyse). Un de ces cas d'hémostase aboutit malgré tout au décès par coma hépatique.

Ce traitement enregistre donc 44% de réussites sur l'hémorragie elle-même et 67% de décès. L'évolution de ces 9 cas est donc plus grave que celle de l'ensemble des cas de rupture de varices oesophagiennes. Mais ce sont les cas les plus graves qui ont nécessité l'emploi de la sonde de Blackmore, et, sans elle, on aurait peut-être eu à déplorer plus de 5 décès directement liés à l'hémorragie.

Rappelons pour conclure que la technique d'embolisation trans-hépatique n'était pas encore utilisée de façon courante dans la période sur laquelle porte notre statistique.

III - LES AUTRES MALADIES CAUSALES

=====

A - Du point de vue de l'évolution de l'hémorragie elle-même

(tableau 19).

Gastro-duodénite, Hernie Hiatale et Oesophagite apparaissent comme les plus sensibles au traitement médical qui obtient l'hémostase dans tous les cas (32 cas). Certes on compte, pour les gastro-duodénites, 3 cas de récurrence, mais ces cas débouchent finalement sur l'arrêt de l'hémorragie, qui nécessite dans 1 cas le recours au mélange de Lévy. Il en est de même pour 1 récurrence secondaire d'hémorragie due à une oesophagite.

En ce qui concerne les cancers haut situés, on compte un cas de récurrence (dans ce cas l'arrêt de l'hémorragie est finalement obtenu) et un cas de persistance de l'hémorragie jusqu'au décès (cancer de l'oesophage cas n° 20), le traitement médical aboutit donc à l'hémostase dans 8 cas sur 9 (89%). Quant aux cancers du rectum, l'hémorragie qu'ils entraînent cède dans les 2 cas.

Le traitement médical aboutit à l'hémostase dans les 5 cas de syndrome de Mallory Weiss, dans les 3 cas d'ulcère aigu, dans les 2 cas d'hémopathie, et dans le cas où des angiomes de l'antre sont associés à une oesophagite. Dans tous les cas, aucun décès.

En ce qui concerne les hémorragies basses non cancéreuses, l'hémorragie évolue favorablement dans les 3 cas où elle est due à un traumatisme rectal (pas de décès). Elle persiste dans 1 des 4 cas où elle est due à une diverticulose (colectomie en urgence et décès) (cas n° 24). Et dans le cas de fistule (cas n° 25) (colectomie en urgence et décès).



B - La chirurgie

Outre ces 2 cas, on a recours à la chirurgie pour les 2 cancers rectaux, de façon différée (18% des cas de cancers). On n'a pas la notion d'interventions différées pour les cancers hauts situés, mais une étude de l'évolution à long terme nous manque dans ce cas.

C - La mortalité : (tableau 20)

Les hernies hiatales et oesophagites se distinguent par une faible mortalité(6%). Encore le seul décès concerne-t-il le cas n° 16 où l'hémorragie est attribuée par élimination à l'association d'une gastro-duodénite et d'une oesophagite chez une femme de 75 ans éthylique (décès par coma hépatique après arrêt de l'hémorragie).

Les 15 cas de Gastro Duodénite débouchent sur 4 décès; tous surviennent du fait de complications secondaires après arrêt de l'hémorragie. La mortalité dans les cas d'hémorragie par gastro-duodénite est supérieure à celle de l'ensemble de l'échantillon. L'incidence des gastro-duodénites est d'ailleurs supérieure dans les cas de décès que dans l'ensemble de l'échantillon. (tableau 21).

Les 2 décès après hémorragie cancéreuse concernent des cancers haut-situés. Un seul est dû à la persistance de l'hémorragie (cas n° 20, réapparition d'un cancer de l'oesophage 3 ans après oesophagectomie). L'autre est dû à une insuffisance cardiaque aigüe 10 jours après arrêt de l'hémorragie intéressant un cancer gastrique ulcéroforme. La mortalité à long terme est probablement proche de 100%, mais nous n'avons pas d'information sur l'évolution de ces cas passé un délai d'1 mois. Nous ne pouvons donc pas dire s'il y a eu des récurrences hémorragiques tardives et le rôle qu'elles ont pu jouer dans la mortalité.

IV - LES CAS D'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE

=====

A - Sur les 33 cas pour lesquels aucune lésion causale n'est découverte on compte 5 cas de persistance de l'hémorragie et 2 cas de récurrence.

1 - Récurrences :

- un des cas de récurrence est opéré. Il s'agit du cas n° 1, femme de 76 ans présentant une hémorragie de siège gastrique certain. La lésion est masquée par un flot de sang. Il s'agit d'un ulcère gastrique découvert à l'intervention, qui sera étudié comme tel dans le chapitre III.
- l'autre cas correspond également à une lésion gastrique masquée par un flot de sang (cas n° 4, femme de 91 ans). Cette lésion (probablement un UG) se manifestait par des mélenas qui réapparaissent 8 jours après un premier arrêt, juste avant le décès par insuffisance



cardiaque dans un tableau de staphylococcie maligne cutanée de la face et de surinfection broncho-pulmonaire.

2 - Persistance :

Sur les 5 cas de persistance, on compte 4 décès. Mais ces décès ne sont directement liés à l'hémorragie que dans 3 cas :

- Chez un homme de 72 ans le décès intervient par collapsus dans la demi heure qui suit l'hospitalisation (cas n° 30).
- Chez une femme de 77 ans, la gravité de l'atteinte de l'état général ne permet pas d'effectuer l'endoscopie (misère physiologique, fracture du col fémoral), et l'hémorragie, moyenne au départ, finit par s'aggraver et entraîner le décès (cas n° 33).
- Chez une femme de 85 ans, enfin, l'hémorragie est assez abondante pour aggraver l'état de misère physiologique préexistant qui aboutit au décès (cas n° 34).
- Dans le 4ème cas de persistance aboutissant au décès (une femme de 73 ans, cas n° 35) l'hémorragie digestive n'intervient que dans les derniers jours d'un processus pathologique complexe (insuffisance rénale, coma par AVC). D'abondance moyenne elle ne paraît pas jouer un rôle de premier plan dans le décès qui survient par aggravation du coma et insuffisance respiratoire.

Dans le cas de persistance de l'hémorragie qui n'aboutit pas au décès, la présence de melenas et rectorragies n'est attribuée qu'après mutation à une diverticulose colique, devant l'absence d'autres lésions (diagnostic d'orientation). Cette hémorragie a persisté plus de 72 heures avant de s'arrêter.

3 - Il nous reste 26 cas où l'hémorragie cède au traitement médical (79% de succès de celui-ci). On enregistre parmi eux 5 décès par complications.

B - Cas où la lésion causale est connue et le siège inconnu

Sur les 7 cas d'hémorragie digestive pour lesquels ont été avancé des diagnostics d'élimination, on compte 2 décès :

- le cas n° 13 : homme de 70 ans chez qui l'hémorragie est attribuée à une rupture de varices oesophagiennes, sans que celle-ci puisse être vérifiées par endoscopie. Le décès est du à l'hémorragie qui persiste et à des complications cardiaques (OAP).
- le cas n° 16 déjà cité (gastro duodénite et oesophagite - décès par coma hépatique après arrêt de l'hémorragie).



MORTALITE : COMPARAISON ENTRE PLUSIEURS STATISTIQUES

		<i>Viaple et Wirtz (12) (tous Ages)</i>	<i>E.C. NASH (40) (> 60 Ans)</i>	<i>KAPLAN (5) (> 60 ans)</i>	<i>NOEL (4) (> 65 ans)</i>	<i>KAPLAN (5) (> 70 ans)</i>	<i>Stat. Actuelle (> 70 ans)</i>	<i>COMBE (6) (> 75 ans)</i>
HEMORRAGIES DIGESTIVES DE TOUTES LOCALISATIONS :	Nombre	781					172	
	Décès	120					37	
	Mort.	15,37					21,51	
HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES :	Nombre		75		184		124	33
	Décès		26		32		29	9
	Mort.		34,67		17,39		23,39	27,27
MALADES OPRES EN URGENCE (Toutes étiologies)	Nombre	36			18		24	22
	Décès	12			8		12	7
	Mort.	33,33			44,44		50,00	31,81
ULCERES GASTRO-DUODENaux	Nombre	287	49				61	
	Décès	34	14				15	
	Mort.	11,84	28,57				24,59	
ULCERES GASTRIQUES	Nombre		22	27 opérés			35	
	Décès		8	7			9	
	Mort.		36,46	25,93			25,72	
ULCERES DUODENaux	Nombre		27	91 opérés			26	
	Décès		6	18			7	
	Mort.		22,22	19,78			26,92	
ULCERES GASTRO-DUODENaux OPERES.	Nombre			125		44	23	17
	Décès			26		12	9	6
	Mort.			20,80		27,27	39,13	35,29
RUPTURES DE VARICES OESOPHAGIENNES	Nombre	207	15				23	
	Décès	94	10				10	
	Mort.	45,41	66,67				30,43	
DIAGNOSTICS NON-PAITS	Nombre	117					33	
	Décès	49					10	
	Mort.	41,88					30,30	



C - CONCLUSIONS :

Les différences enregistrées dans les tableaux 19, 20 et 21, selon que c'est le siège de l'hémorragie, où la maladie causale qui est inconnue, sont minimales; l'évolution présente les mêmes caractéristiques dans les 2 cas : plus fort taux de réussite du traitement médical et mortalité supérieure dans les cas d'incertitude diagnostique par rapport à l'ensemble de l'échantillon.

3 décès sur les 10 qui font suite à une hémorragie digestive de lésion causale inconnue, et 4 décès sur les 11 qui font suite à une hémorragie digestive de siège inconnu sont directement liés à l'hémorragie.

V - COMPARAISON AVEC D'AUTRES STATISTIQUES

Le tableau 25 met en évidence une augmentation de la mortalité précoce des hémorragies digestives de toute étiologie avec l'âge (si l'on fait abstraction du chiffre important signalé par NASH) (10). Ce phénomène apparaît moins net dans les cas de rupture de varices oesophagiennes et d'hémorragies ulcéreuses. Mais les auteurs signalent pour ces deux maladies une mortalité croissante avec l'âge dans leur échantillon. Chez VIALLE et WILB (12), entre autres, la mortalité par hémorragies ulcéreuses est de 12% chez les sujets de tous âges, 22% après 60 ans, 33% après 70 ans et 37% au-delà de 80 ans. La mortalité par rupture de varices oesophagiennes est chez eux de 45% chez les sujets de tous âges, 53% après 60 ans, 61% après 70 ans, et 100% après 80 ans.

La mortalité accusée respectivement par les ulcères gastriques et les ulcères duodénaux est variable selon les auteurs. Les hémorragies ulcéreuses gastriques sont plus souvent mortelles chez NASH (10) et KAPLAN (5). A l'inverse, COMBE (2) et LAMY (6) signalent comme nous une mortalité supérieure dans les cas d'ulcères duodénaux hémorragiques, par rapport aux ulcères gastriques hémorragiques.

Les chiffres de mortalité post opératoire sont dans tous les cas très élevés le chiffre assez modeste de KAPLAN (5) est plus fort chez ceux de ces malades qui sont âgés de 70 ans et plus.

Enfin, les hémorragies correspondant à une lésion causale inconnue accusent dans notre statistique une mortalité un peu moindre que dans celle de VIALLE et WILB (12).



CHAPITRE III

LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Nous ne pouvons étudier les 29 interventions chirurgicales indépendamment de la lésion causale. De ce point de vue, nous distinguons les 4 interventions pour hémorragie basse, 2 interventions pour rupture de varices oesophagiennes (dans le cas n° 9 il s'agit d'une réintervention après récurrence post opératoire) et 24 interventions pour ulcères gastro-duodénaux (étant entendu qu'est classé dans ce groupe le cas n° 1, lésion gastrique haute masquée lors de l'endoscopie, ulcère à l'intervention).

I - LES INTERVENTIONS POUR HÉMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

Au nombre de 4 elles représentent 14% de l'ensemble des interventions chirurgicales. On compte deux interventions en urgence et deux interventions différées.

A - Les interventions en urgence :

Dans les 2 cas les malades sont décédés :

Cas n° 24 (déjà cité). Femme de 80 ans présentant des rectorragies de sang rouge de moyenne abondance au départ. Cette hémorragie s'aggrave par la suite, rendant impossible la rectoscopie, l'artériographie objectivise un extra-vasa qui se fait au fond d'un diverticule sigmoïdien, aux dépens d'une petite branche artérielle. Nous ne disposons pas du compte rendu précis de l'intervention (colectomie partielle); le décès survient 4 jours après l'opération (cause inconnue).

Cas n° 25 (déjà cité). Homme de 82 ans. 1ère intervention pour perforation du caecum en amont d'une tumeur sigmoïdienne stenosante = résection du coecum, d'une partie de l'iléon et du colon ascendant; anastomose iléo-colique et anus transverse. Huit jours après, on constate une hémorragie grave par l'anus artificiel. Réintervention : fistule de l'anastomose avec perforation de l'intestin dans la veine mésentérique supérieure. Colectomie subtotal, anastomose iléo-sigmoïdienne termino-terminale, splénectomie. Décès post opératoire 24 heures après, dans un tableau de choc septique et d'insuffisance rénale.



B - Les interventions en différé

Il s'agit des 2 cancers rectaux (2 hommes, 1 de 77 ans, 1'autre de 84 ans). Amputation et colostomie. Malades vivants dans un délai d'un mois après l'intervention).

II - LES DEUX INTERVENTIONS POUR RUPTURE DE VARICES OESOPHAGIENNES

A - Le cas n° 9 a été comptabilisé dans notre statistique comme ulcère duodénal. Il s'agit d'un homme de 70 ans : Hématémèse d'abondance moyenne, mais dans un contexte de décompensation ictéro-ascitique. Pas de varices oesophagiennes lors de la première gastroscopie, mais ulcère de la face postérieure du bulbe.
Première intervention : antro-duodénectomie, polya, et vagotomie. Récidive hémorragique 4 jours après.
Deuxième endoscopie et artériographie : pas de varices oesophagiennes. Réintervention pour anastomose réno-porte termino terminale en urgence. Bon réveil, clarté du liquide d'aspiration gastrique, mais décès par arrêt cardio-respiratoire dans les heures qui suivent.

B - Le cas n° 36 est comptabilisé comme rupture de varices oesophagiennes. Il s'agit d'une femme de 73 ans présentant une hémorragie massive persistante due à une rupture de varices sur collet de hernie hiatale. L'intervention a consisté en une ligature veineuse et cure de hernie hiatale. Décès post opératoire par complications infectieuses.

C - Les interventions en urgence pour rupture de varices oesophagiennes accusent donc dans notre statistique une mortalité de 100%. Mais nous ne disposons pas d'un nombre de cas suffisant, et un de nos cas concerne un malade fragilisé par une première intervention. Sur 4 interventions en urgence pour rupture de varices oesophagiennes, VIALLE et WILB (12) signalent 3 décès (75%). Une statistique récemment parue (MERCIER) (7) enregistre une mortalité de 58,8% dans les anastomoses faites en urgence, contre 13,3% pour les anastomoses thérapeutiques. Dans les 2 cas, il s'agit de malades de tous âges.

III - ULCERES GASTRO-DUODENaux HEMORRAGIQUES OPERES

INTRODUCTION

Les 24 interventions pour ulcères gastro duodénaux concernent :



- 1 ulcère peptique (intervention différée)
- 14 ulcères gastriques (dont le cas n° 1 comptabilisé comme lésion causale inconnue dans notre statistique) dont 1 intervention différée.
- 9 ulcères duodénaux 1 intervention différée.

Notre étude aura pour objet d'éclairer le problème de l'indication chirurgicale d'une part, celui de la nature de l'intervention à pratiquer d'autre part.

1 - L'indication chirurgicale

La sélection des cas d'hémorragie ulcéreuse nécessitant une intervention chirurgicale pose un problème d'autant plus crucial que le malade est plus âgé.

a) Les attitudes possibles : nous pourrions schématiser deux positions extrêmes qui ont en commun d'exiger un diagnostic aussi précis et aussi précoce que possible.

- Une attitude interventionniste : pour qui défend ce point de vue, le diagnostic d'ulcère hémorragique implique une indication opératoire formelle et urgente. Toute temporisation déboucherait sur l'éventualité d'une deuxième hémorragie plus grave que la première puisque survenant chez un malade fragilisé. L'indication opératoire est d'autant plus formelle que le sujet est plus âgé, donc plus fragile au départ : cette fragilité ne peut qu'être accentuée par la persistance de l'hémorragie.

- Une attitude non interventionniste. Elle se base d'une part sur l'importance de la mortalité post opératoire en urgence, d'autre part sur les possibilités offertes par la techniques de coagulation sous endoscopie. Elle limite l'indication opératoire en urgence aux cas d'érosion artérielle.

b) Dans la pratique, et en ce qui concerne les cas étudiés, l'indication chirurgicale résulte d'un compromis entre ces deux attitudes. Sont opérés les malades dont l'hémorragie est d'emblée grave ou très grave, tous les cas où l'endoscopie fait soupçonner une érosion artérielle, les cas où l'hémorragie persiste et s'aggrave, certains cas de récurrence précoce (4 cas sur 7).

2 - La nature de l'intervention

Elle dépend de la gravité de l'hémorragie, du siège de l'ulcère, et en dernier ressort du choix du chirurgien.



A - Mortalité post opératoire quelle que soit l'intervention pratiquée

1 - Importance de la mortalité post opératoire :

La première constatation concerne la gravité des interventions pratiquées : 37,5% de mortalité. Les chiffres des publications que nous avons consultées sont du même ordre: MEYER-KOZOLL (8) (1964, Malades de plus de 60 ans) = 32%. KAPLAN (5) (1956-1969 - malades de plus de 60 ans) 21% - VIALLE et WILB (12) (71-73 45% chez ceux des malades qui ont plus de 60 ans) - Combe (2) (1978 malades de plus de 75 ans : 35%).

2 - Influence dans la mortalité post opératoire de l'efficacité et de la durée du traitement médical

a) Arrêt de l'hémorragie avant l'intervention

3 cas considérés comme cas d'intervention différée :

- cas n° 37 : ulcère peptique opéré 3 mois après l'hémorragie - gastrectomie des 2/3.
- cas n° 38 : homme de 71 ans, opéré d'un ulcère duodénal 4 jours après le début de l'hémorragie, 2 jours après que le liquide gastrique soit redevenu clair. On ne dispose pas du compte rendu opératoire. Etat satisfaisant 20 jours après l'intervention.
- cas n° 39 : homme de 70 ans opéré d'un ulcère gastrique 8 jours après arrêt d'une hémorragie de moyenne abondance : gastrectomie des 2/3 + Pean - Bon résultat.

Ces cas n'entraînant pas de décès, la mortalité après intervention est de : pour les ulcères gastriques 38,5% en urgence contre 36% globalement et pour les ulcères duodénaux 50% en urgence contre 44% globalement.

b) La durée du traitement médical

Il s'agit du temps écoulé entre le début de l'hémorragie et l'intervention. Dans les cas de récurrence, c'est le début de la première hémorragie qui est pris comme référence (mais la plupart des récurrences précoces interviennent dans les premières 24 heures.

8 Malades ont été opérés en urgence, moins de 24 heures après le début de l'hémorragie. Ils comptent 2 décès : mortalité 25%.

6 malades ont été opérés en urgence dans un délai de 24 à 48 heures après le début de l'hémorragie - 2 décès : mortalité 33%.

Les 7 autres malades opérés en urgence et les 3 malades opérés en différé l'ont été plus de 72 heures après le début de l'hémorragie : 5 décès : mortalité globale de 50%; mortalité en urgence 71%.



c) Conclusions :

Il est incontestable que la chirurgie est plus grave de conséquence lorsqu'elle intervient en urgence. Nous ne disposons malheureusement pas d'un nombre assez important de cas d'intervention effectuée rapidement après arrêt de l'hémorragie (sans attendre une récurrence) et des cas d'intervention largement différée (8 jours et plus) pour juger de la mortalité dans ces deux cas.

Pour les interventions en urgence, toute temporisation semble jouer un rôle défavorable.

Enfin, nous avons vu que dans notre statistique, les cas de récurrence enregistrent une mortalité post opératoire inférieure à celle des cas de persistance (20% dans le premier cas, 50% dans le second). Ce phénomène cadre mal avec les données de la littérature et le fait qu'une deuxième hémorragie, intervenant chez un malade fragilisé par la première, est plus grave. Mais d'une part la définition de "récurrence" est relativement large (deuxième hématomose quelques heures après la première par exemple). D'autre part, tous ces malades ont été opérés très rapidement, dans les heures qui ont suivi la récurrence. La temporisation est donc moindre dans ces cas.

3 - Influence dans la mortalité post opératoire de la gravité de l'hémorragie.

a) Critères de gravité :

- les chiffres du tableau 26 tendraient à prouver que le taux d'urée et l'hématocrite ne sont pas des éléments fiables quant au pronostic post opératoire. Mais dans un certain nombre de cas, l'intervention est décidée devant une récurrence ou une aggravation brutale de l'hémorragie. Dans ce cas les examens biologiques dont nous disposons ont été faits antérieurement. Ils évoquent donc l'état du malade à l'entrée sans préjuger de l'évolution ultérieure.

- Par contre, la notion de choc tensionnel à un moment quelconque de l'évolution est un critère de gravité immédiatement vérifiable. La mortalité post opératoire est supérieure quand il existe.

- La quantité de sang transfusée en période pré opératoire est un élément précieux : elle témoigne à la fois de la gravité de l'hémorragie et du temps écoulé entre hospitalisation et intervention. Il est donc compréhensible que la mortalité post-opératoire augmente en fonction du nombre de ballons de sang transfusés. KAPLAN (5) fait la même constatation : il enregistre une mortalité de 7,5% lorsque les transfusions pré opératoires sont inférieures à 3 litres. Elle passe à 26% de 3 à 5 litres et à 35% au-delà de 5 litres.

b) Gravité de l'hémorragie :

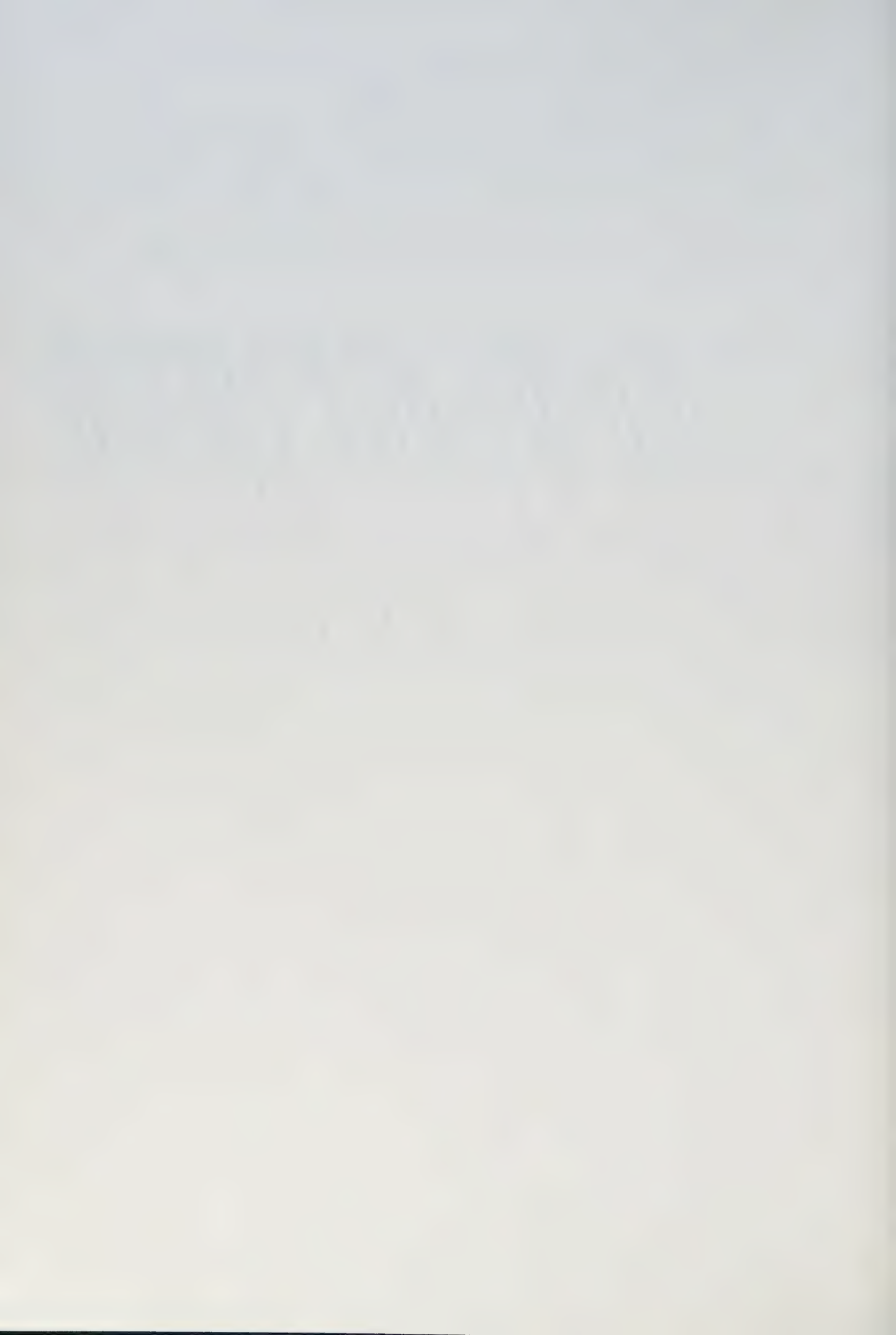
Le tableau 27 montre à quel point la mortalité post opératoire augmente avec la gravité de l'hémorragie.



TABLEAU N° 26

VIOLÉNE GASTRO-DUODÉNALE ALCOOLIQUE, LES OPÉRÉS
 RÔLE DANS LA MORTALITÉ POST-OPÉRATOIRE
 DES CRITÈRES DE TRAITEMENT L'É.D.

	ENSEMBLE DES UGD OPÉRÉS	Hématocrite < 20 %	Hématocrite entre 20 et 30%	Hématocrite > 30%	Notion de CHOC Tensionnel (TAS)	UREE < 0,80 g/l	UREE > 0,80 g/l	Transfusion Pré- Opératoire ≤ 1,5 l.	Transfusion Pré- Opér. de 1,5 à 4 l.	Transfusion Pré- Opératoire > 4 l.
NOMBRE DE UGS	24	9	12	3	9	5	19	4	12	8
%/Tb UGD Opérés	100	37,50	50,00	12,50	37,50	20,00	79,17	16,67	50,00	33,33
Nb décès post-op.	9	3	5	1	5	2	7	1	3	5
Mortalité du groupe considéré	37,50	33,33	41,67	33,33	55,56	40,00	36,84	25,00	25,00	62,50



T A B L E A U N ° 27

ULCERES GASTRO-DUODENAUX HEMORRAGIQUES OPERES
MORTALITE POST ET PER-OPERATOIRE EN FONCTION
DE LA GRAVITE DE L'HEMORRAHIE

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79	80ans	H0	Pe	Total
		H0	Pe	H0	Pe	ans	et +			
No TOTAL d'U.D. opérés		11	8	2	3	19	5	13	11	24
Nombre de décès post-op		4	3	1	1	7	2	5	4	9
Mortalité post-op globale		36,36	37,50	50,00	33,33	36,84	40,00	38,46	36,36	37,50
U.D. TRES GRAVE.	Nombre	4	0	2	0	4	2	5	0	6
	%/Total USD	36,36	/	100	/	21,05	40,00	46,15	/	25,00
	No décès post-op	3	0	1	0	3	1	4	0	4
	Mortalité post-op	75,00	/	50,00	/	75,00	50,00	66,67	/	66,67
U.D. GRAVE	Nombre	4	5	0	2	9	2	4	7	11
	%/Total USD	36,36	62,50	/	66,67	47,36	40,00	30,77	63,64	45,84
	No décès post-op	1	2	0	1	3	1	1	3	4
	Mortalité post-op	25,00	40,00	/	50,00	33,33	50,00	25,00	42,86	36,36
U.D. MOYENNE	Nombre	3	3	0	1	6	1	3	4	7
	%/Total USD	27,27	37,50	/	33,33	31,58	20,00	23,08	36,36	29,17
	No décès post-op	0	1	0	0	1	0	0	1	1
	Mortalité post-op	/	33,33	/	/	16,67	/	/	25,00	14,29



ULCERES GASTRO-DUODENAUX OPERES EN URGENCE :
NATURE DES INTERVENTIONS PRATIQUEES.

		ULCERES GASTRIQUES					ULCERES DUODENAUX					TOTAL
		H.D. TRES GRAVE	H.D. GRAVE	H.D. MOYENNE	Total	Dont Erosions ARTERIELLES	H.D. TRES GRAVE	H.D. GRAVE	H.D. MOYENNE	Total	Dont Erosions ARTERIELLES	UGD
Nombre TOTAL de cas		4	7	2	13	3	2	2	4	8	3	21
GASTRECTOMIE PARTIELLE	Nb	1	6	2	9	3	1	0	1	2	1	11
	%	25	85	100	69,23	60	50	/	25	25,00	1/3	52,38
IMPORTANCE DE LA GASTRECTOMIE	GASTRECT. des 3/4	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	2
	GASTRECT. des 2/3	1	4	2	7	2	1	0	0	1	1	8
	ANTRO-DUODENECTOMIE	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
MODALITE D'ETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE (quand il est connu)	PEAN	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	2
	ROCH	0	3	0	3	0	0	0	0	1	0	5
	FINSTADLER	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
Vagotomie associée à la gastrect.		0	2	0	2	1	0	0	1	1	0	3
GASTRECTOMIE + PYLOROPLASTIE	Nb	1	0	0	1	0	0	2	3	5	1	6
	%	25	/	/	7,69	/	/	100	75	62,50	1/3	28,57
Nb TOTAL VAGOTOMIES pratiquées		1	2	0	3		0	2	4	6	1	9
Suture associée à Vagotomie-Pyl.		1	0	0	1		0	0	2	2	1	3
SUTURE DIRECTE ISOLEE	Nb	2	1	0	3	2	1	0	0	1	1	4
	%	50	14	/	23,08	40	50	/	/	12,50	1/3	19,05
Nombre TOTAL de SUTURES DIRECTE	Nb	3	1	0	4	2	1	0	2	3	2	7
	%	75	14	/	30,77	40	50	/	50	37,50	2/3	33,33



B - Nature des interventions pratiquées en urgence

Cette étude ne porte que sur les 21 interventions en urgence pratiquées dans un but essentiellement hémostatique (tableau 28).

1 - L'ulcère gastrique (13 cas)

a) Sutures : 4 sutures directes (31%) 1'une d'elle complétée par vagotomie + pyloroplastie. Ces sutures intéressent essentiellement des hémorragies graves et très graves (75% des hémorragies très graves).

b) Gastrectomie : Intervention la plus fréquemment pratiquée (69% des cas) choisie dans tous les cas d'hémorragie moyenne, 85% des cas d'hémorragie grave, 1 seul cas d'hémorragie très grave.

- importance de la gastrectomie : gastrectomie des 2/3 en général. Les deux gastrectomies subtotales correspondent aux ulcères suspects à l'endoscopie (cas d'endoscopie trompeuse : à l'anapath., lésions bénignes).

- Mode de rétablissement de la continuité : connu dans 6 cas sur 9; 2 Pean et 4 Polya.

- Vagotomie associée deux fois à la gastrectomie.

c) Fistules artérielles : au nombre de 5 : 3 gastrectomies (60%) et 2 sutures directes (40%). Cette dernière paraît donc plus fréquemment choisie en cas de cratère artériel.

2 - L'ulcère duodénal

a) Sutures directes : isolée dans 1 cas, hémorragie très grave, complétée par vagotomie pyloroplastie dans 2 cas d'hémorragie moyenne dont un cas d'érosion artérielle.

b) Gastrectomie : des 2/3 dans 1 cas d'hémorragie très grave (FINSTERER) antroduodenectomie Polya, dans un cas d'HD moyenne (il s'agit du cas n° 9 réopéré par la suite).

c) Vagotomie pyloroplastie : intervention la plus fréquente, surtout dans les cas d'hémorragie moyenne et grave. Associée 2 fois à une suture directe.

d) Erosions artérielles 3 cas : la gastrectomie des 2/3 et 2 sutures.



3 - Les interventions complémentaires

Dans 4 cas, en même temps que l'intervention pour ulcère, ont été pratiquées diverses interventions sur les organes de voisinage :

a) Une cure de hernie hiatale a été pratiquée dans les 4 cas, associée dans 3 cas à une vagotomie pyloroplastie pour ulcère duodénal, dans 1 cas à une gastrectomie + vagotomie pour UG.

b) On compte 2 splénectomies

- une pour plaie polaire supérieure après vagotomie et cure de hernie hiatale. Puis, gastrectomie des 2/3 pour UG et Polya. L'hémorragie avait été grave. Décès 6 jours après l'intervention.

- l'autre après cure de hernie hiatale et vagotomie avant pyloroplastie (UD), fait suite à la découverte de granulations suspectes sur la rate (Ana path : lymphangiome bénin sous capsulaire).

c) Dans ce dernier cas a été pratiquée en outre une cholecystectomie sur vésicule scléro atrophique (Ana Path : cholecystite aiguë sur fond chronique).

Enfin, une cure de hernie ombilicale a été pratiquée après cure de hernie hiatale et Vagotomie pyloroplastie pour UD.

Remarquons tout de suite que parmi ces 4 cas on ne compte qu'un seul décès (25%). La mortalité est donc moindre dans ce groupe que dans l'ensemble des cas opérés, malgré l'allongement du temps d'anesthésie qu'impliquent ces interventions complémentaires. Cela tient à ce que la gravité des hémorragies concernées est moindre : 3 hémorragies moyennes et 1 grave. C'est d'ailleurs cette dernière qui aboutit au décès.

C - Résultat des interventions pratiquées

1 - Statistique globale

a) Les 9 décès enregistrés se répartissent ainsi :

- 6 décès après gastrectomie partielle : gastrectomie isolée dans 4 cas (3 ulcères gastriques, 1 ulcère duodénal), associée à une vagotomie dans 2 cas (1 ulcère gastrique, 1 ulcère duodénal).
- 2 décès après suture directe, dans les 2 cas isolés (1 ulcère gastrique, 1 ulcère duodénal).
- 1 décès après vagotomie + pyloroplastie pour ulcère duodénal.



b) Ces chiffres ont permis d'établir le tableau 29 qui donne la mortalité pour chaque type d'intervention. Nous en retiendrons que :

- les gastrectomies partielles, qu'elles soient isolées ou qu'une vagotomie y soit associée, enregistrent la mortalité la plus forte.

- les vagotomies (que le drainage soit assuré par rétablissement de la continuité après gastrectomie, ou par pyloroplastie, qu'une suture y soit associée ou non) enregistrent une mortalité plus faible.

- les sutures, qu'une vagotomie y soit ou non associée, enregistrent le chiffre de mortalité le plus bas (29%).

Les autres pourcentages du tableau s'appuient sur des chiffres trop réduits pour être retenus.

c) Ces résultats sont contredits par KAPLAN (5) qui s'appuie sur un nombre d'interventions bien supérieur (125) : la suture directe est pour cet auteur l'intervention la plus mauvaise (5 cas, 100% de décès) la vagotomie pyloroplastie vient ensuite (98 cas, 18% de mortalité). La gastrectomie est l'intervention la mieux supportée (22 cas, 14% de mortalité).

Mais une comparaison entre les 2 statistiques oblige à faire entrer en ligne de compte la gravité de l'hémorragie et le siège de l'ulcère :

2 - Etude en fonction de la gravité de l'hémorragie

a) Nos chiffres : nous avons déjà constaté ce que vérifie le tableau 30, que la mortalité croît avec la gravité de l'hémorragie; nous constatons en outre que :

- dans les cas d'hémorragies très graves (6 cas) la gastrectomie semble très mal supportée (100% de décès 2 sur 2) alors que la suture directe l'est un peu mieux (50% 2 sur 4).

- pour l'ensemble des hémorragies graves et moyennes (15 cas), la mortalité globale tombe à 33%. La gastrectomie accuse une mortalité identique, mais elle est de 25% en cas d'ulcère gastrique. La vagotomie + drainage est grave avec 37,5% de mortalité. Quant aux sutures elles n'induisent aucun décès.

b) Les chiffres de KAPLAN (5): si l'on considère le nombre de litre de sang transfusé avant l'intervention comme un indice de la gravité de l'hémorragie, on constate dans la statistique de KAPLAN :

- sur 53 cas pour lesquels ont été transfusés, moins de 3 litres de sang (mortalité globale 7,5%) ont été pratiquées 1 suture directe (mortalité 100%) 39 vagotomies plus drainage (mortalité 5%) et 13 gastrectomies partielles (mortalité 8%).



TABLEAU N° 29

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX OPÉRÉS EN URGENCE

MORTALITÉ POST-OPÉRATOIRE SELON
LE TYPE D'INTERVENTION CHIRURGICALE.

STATISTIQUE

GLOBALE :

		GASTRECTOMIE PARTIELLE ISOLÉE	GASTRECTOMIE PARTIELLE + VAGOTOMIE	TOTAL GASTRECTOMIES PARTIELLES	VAGOTOMIE + PYLOROPLASTIE ISOLÉE	TOTAL VAGOTOMIE + DRAINAGE	VAGOTOMIE + PYLOROPLASTIE + SUTURE	SUTURE DIRECTE ISOLÉE	TOTAL SUTURES DIRECTES	TOTAL
ULCÈRE GASTRIQUE	Nb de cas	7	2	9	0	3	1	3	4	13
	Décès	3	1	4	0	1	0	1	1	5
	Mortalité	42,86	50,00	44,44	/	33,33	/	33,33	25,00	38,46
ULCÈRE DUODÉNAL	Nb de cas	1	1	2	3	6	2	1	3	8
	Décès	1	1	2	1	2	0	1	1	4
	Mortalité	100	100	100	33,33	33,33	/	100	33,33	50,00
TOTAL U.G.D.	Nb de cas	8	3	11	3	9	3	4	7	21
	Décès	4	2	6	1	3	0	2	2	9
	Mortalité	50,00	66,67	54,55	33,33	33,33	/	50,00	28,57	42,86



CLUSES GASIRO-DUODENACH OPERES E. JRALICE
MORTALITE POST-OPERATOIRE SELON LE TYPE D'INTERVENTION PRATIQUEE
EN FONCTION DE LA GRAVITE DE L'HEMORRAGIE.

		GASTRECT. PARTIEL.			VAGOTOMIE+DRAINAGE			SUTURE DIRECTE			TOTAL	
		UG	UD	Total	UG	UD	Total	UG	UD	Total		
Statist. Globale (HAPÉAL)	Nb de cas	9	2	11	3	6	9	4	3	7	21	
	Décès	4	2	6	1	2	3	1	1	2	9	
	Mortalité	44,44	100	54,55	33,33	33,33	33,33	25,00	33,33	28,57	42,86	
Hémorragie TRÈS GRAVE.	Nb de cas	1	1	2	1	0	1	3	1	4	6	
	Décès	1	1	2	0	0	0	1	1	2	4	
	Mortalité	100	100	100	/	/	/	33,33	100	50,00	66,67	
Hémorragie GRAVE.	Nb de cas	6	0	6	2	2	4	1	0	1	9	
	Décès	2	0	2	1	1	2	0	0	0	4	
	Mortalité	33,33	/	33,33	50,00	50,00	50,00	/	/	/	44,44	
Hémorragie MOYENNE.	Nb de cas	2	1	3	0	4	4	0	2	2	6	
	Décès	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	
	Mortalité	/	100	33,33	/	25,00	25,00	/	/	/	16,67	
E R A R T E R I E L E S	Nombre de cas		3	1	4	1	1	2	2	2	4	8
	% Tot. interv.		30,00	50,00	33,33	33,33	16,67	22,22	50,00	66,67	57,14	36,37
	Vues à l'endosco- pie	Nb	2	0	2	1	1	2	1	2	3	5
		%	66,67	/	50,00	100	100	100	50,00	100	75,00	62,50
	Non vues à l'endo- scopie.	Nb	1	1	2	0	0	0	1	0	1	3
		%	33,33	100	50,00	/	/	/	50,00	/	25,00	37,50
	Décès		2	1	3	1	0	1	0	1	1	4
Mortalité		66,67	100	75,00	100	/	50,00	/	50,00	25,00	50,00	



- sur 35 cas pour lesquels ont été transfusés de 3 à 5 litres de sang (mortalité globale 26%) ont été pratiquées 1 suture directe (mortalité 100%), 31 vagotomie + drainage (mortalité 23%) et 3 gastrectomies partielles (mortalité 33%).

- sur 37 cas pour lesquels ont été transfusés plus de 5 litres de sang (mortalité globale 37%) ont été pratiquées 3 sutures directes (mortalité 100%), 28 vagotomies + drainage (mortalité 32%) et 3 gastrectomies partielles (mortalité 36%).

c) Les hémorragies très graves semblent mieux supporter la nature directe dans notre échantillon que dans celui de KAPLAN. Chez cet auteur celle-ci n'est employée que dans 5 cas sur 125 (4% des cas contre 32% dans notre statistique), avec de très mauvais résultats, les malades sélectionnés pour cette intervention étant en très mauvais état général. Sans doute, quand ces indications sont élargies, elle n'est pas une trop mauvaise solution en cas d'hémorragie très grave. Dans de tels cas, la gastrectomie paraît moins bien supportée que la vagotomie dans notre statistique, c'est l'inverse chez KAPLAN.

3 - Etude selon le siège de l'ulcère

a) En ce qui concerne les HD graves et moyennes, nos chiffres sont :

- pour les ulcères gastriques : 25% de mortalité après gastrectomie, mortalité nulle après suture.

- pour les ulcères duodénaux : 100% de mortalité après gastrectomie, 33% après vagotomie, mortalité nulle après suture.

b) Chez KAPLAN (5) :

Ulcères gastriques : 7% de mortalité après gastrectomie, 30% après vagotomie + drainage.

Ulcères duodénaux : 29% de mortalité après gastrectomie, 17% après vagotomie + drainage.

c) Dans les deux cas, l'ulcère gastrique paraît relever plutôt de la gastrectomie. La vagotomie + drainage, pouvant difficilement se passer de gastrostomie pour contrôle de la lésion et suture éventuelle, n'est en effet pas une intervention beaucoup moins lourde. En cas d'ulcère duodénal par contre, la pylorotomie pour contrôle et suture éventuelle peut être facilement refermée en pyloroplastie. La vagotomie paraît dans ce cas mieux supportée qu'une gastrectomie.



4 - Les cas d'érosion artérielle

Nous retiendrons du tableau³⁰ qu'ils représentent 36% de l'ensemble des interventions. L'endoscopie ne permettait de les suspecter que dans 5 cas sur 8. Dans 2 des autres cas, il est vrai, le flot de sang a été un obstacle à l'observation du mécanisme de l'hémorragie. Quant au dernier cas, il s'agit d'une récurrence précoce; le saignement observé lors de la première hémorragie ne se faisait pas en jet (perforation artérielle ultérieure ?); il n'a pas été fait d'endoscopie lors de la deuxième hémorragie, l'indication opératoire étant d'emblée posée devant la gravité de la récurrence.

Cette constatation implique néanmoins la nécessité d'une certaine réserve vis à vis de la seule endoscopie quand il s'agit de poser une indication opératoire pour cratère artérielle. Elle justifie le contrôle direct systématique de la lésion en per-opératoire.

La moitié des 8 cas d'érosion artérielle ont fait l'objet d'une gastrectomie avec une mortalité importante (75%) les 4 autres cas ont fait l'objet d'une suture directe (25% de mortalité).

D - Conclusions quant à l'indication de la chirurgie en urgence

dans les hémorragies ulcéreuses

Nos quelques chiffres ne sauraient permettre de clore ce débat. Nous retiendrons seulement :

1 - En faveur de la thèse interventionniste

a) le fait que les hésitations de l'endoscopie en matière de mécanisme de l'hémorragie obligent à une certaine prudence quant à ses résultats pour éliminer l'existence d'une érosion artérielle.

b) le fait que tout allongement de délai entre le début de l'hémorragie et l'intervention augmente la mortalité post opératoire en urgence, qui, dans notre statistique, atteint 71% passé un délai de 72 heures.

2 - En faveur de la thèse non interventionniste

a) Nous avons vu en conclusion de notre étude sur les hémorragies ulcéreuses comment la forte mortalité post opératoire en urgence peut être utilisée à l'appui de cette thèse.

b) Nous y ajouterons le fait que les cas de récurrence hémorragique ne semblent pas, dans notre statistique, accuser une mortalité plus élevée, à condition que la décision opératoire soit prise très rapidement.

c) Les résultats de la coagulation sous endoscopie n'ont pu être étudiés dans notre statistique.



3 - Retenons surtout :

a) la nécessité d'un diagnostic aussi précis et précoce que possible, en ce qui concerne la lésion causale, le mécanisme de l'hémorragie, sa gravité, les lésions associées à un éventuel ulcère (varices oesophagiennes par exemple).

b) la nécessité d'une décision très rapide en ce qui concerne l'indication opératoire lorsque celle-ci doit être posée.

Enfin, le thérapeute est de toutes façons confronté à la contradiction suivante : ce sont les hémorragies ulcéreuses les plus graves qui relèvent de la chirurgie (cratère artériel possible). Ce sont elles, aussi, qui accusent la plus forte mortalité opératoire.

- oOo -



CHAPITRE IV

CARACTERISTIQUES DE L'HEMORRAGIE ELLE-MEME SUSCEPTIBLES

D'INFLUENCER L'EVOLUTION ET LA MORTALITE

MALADIES GENERALES ASSOCIEES ET COMPLICATIONS

I - GRAVITE DE L'HEMORRAGIE

=====

A - Influence sur l'évolution de l'hémorragie elle-même sous traitement

médical

Le tableau 19 montre que les hémorragies abondantes sont plus souvent rebelles au traitement médical que l'ensemble des cas d'hémorragies digestives étudiés. Il y a par contre lieu de s'étonner qu'une hémorragie qualifiée de minime ait donné lieu à récurrence suivie de décès. Il s'agit d'un homme de 77 ans victime d'une rupture de varices oesophagiennes (cas n° 40). La première hémorragie ne se manifestait que par la présence de quelques caillots au lavage gastrique, sans retentissement biologique, dans le cadre d'une décompensation ictéro-ascitique. Mais on a aucune information sur l'abondance de la récurrence survenue après mutation en service de réanimation. Décès par infarctus.

Les deux interventions effectuées pour hémorragie minime sont différées. Il s'agit des deux cancers rectaux.

B - Influence sur la mortalité

La mortalité globale des hémorragies abondantes est bien entendue supérieure à celle de l'ensemble de l'échantillon. Les cinq hémorragies minimales qui donnent lieu à un décès sont dues, dans un cas, à une gastrite pétychiale du fundus (décès tardif après hémostase par septicémie) dans le deuxième cas à un cancer gastrique ulcéreux. (Décès 10 jours après hémostase par insuffisance cardiaque aigüe). Enfin, on compte deux hémorragies de siège inconnu (décès par détresse physiologique) et le cas n°40 cité ci-dessus.



II - LES CIRCONSTANCES DE L'HEMORRAGIE

A - Prise de médicaments anti-inflammatoire

1 - Evolution de l'ensemble des cas d'hémorragie après prise de médicaments anti-inflammatoires (tableaux 19, 20 et 21)

Les 51 cas retenus enregistrent un taux inférieur de réussite du traitement médical (39), plus de récurrences (8), et moins de persistances (8). Les interventions chirurgicales sont plus fréquentes, la mortalité globale inférieure.

2 - Evolution des hémorragies ulcéreuses après prise de médicaments anti-inflammatoires

On en compte, rappelons le, 26 cas, parmi lesquels 18 arrêt de l'hémorragie (69%), 7 persistances (27%), 4 récurrences (15%). Ils sont opérés dans 11 cas (35%) dont 10 en urgence. Ils compte 4 décès post-opératoires (mortalité post opératoire 36%) et 1 décès à l'issue du traitement médical. La mortalité globale est de 19%. L'évolution serait donc plutôt meilleure que celle de l'ensemble des hémorragies ulcéreuses.

3 - Evolution des gastro-duodénites hémorragiques après absorption de médicaments anti inflammatoires.

Sur les 7 cas recensés, on compte 1 récurrence, tarie par la suite (14%) et 1 décès par insuffisance rénale aigüe (14%). Là encore l'évolution n'est pas plus grave que celle de l'ensemble des cas de gastro-duodénite.

Dans notre échantillon, l'évolution des hémorragies digestives après prise d'anti-inflammatoires n'est donc pas plus grave que la moyenne.

B - Prise de médicaments anti-coagulants :

Dans les 6 cas d'hémorragie après absorption d'anti coagulant, l'hémostase est obtenue par le traitement médical. Le décès intervient malgré cette hémostase dans 2 cas : dans un cas par occlusion, dans l'autre par coma hépatique et infarctus.



III - LES ANTECEDENTS

A - Evolution dans les cas où sont signalés des antécédents

hémorragiques

Malgré l'existence d'un pourcentage important de ruptures de varices oesophagiennes, les 33 hémorragies recensées dans notre statistique comme présentant des antécédents hémorragiques réagissent mieux au traitement médical que l'ensemble de l'échantillon (tableau 19). 3 d'entre elles justifient une intervention chirurgicale en urgence (dont le cas n° 36 de rupture de varices oesophagiennes opéré). On compte 9 décès dont 1 post opératoire. Parmi ces décès on compte 7 ruptures de varices oesophagiennes. 5 de ces décès sont directement liés à l'hémorragie. La mortalité globale est donc supérieure dans ce cas à celle de l'ensemble de l'échantillon (tableaux 20 et 21).

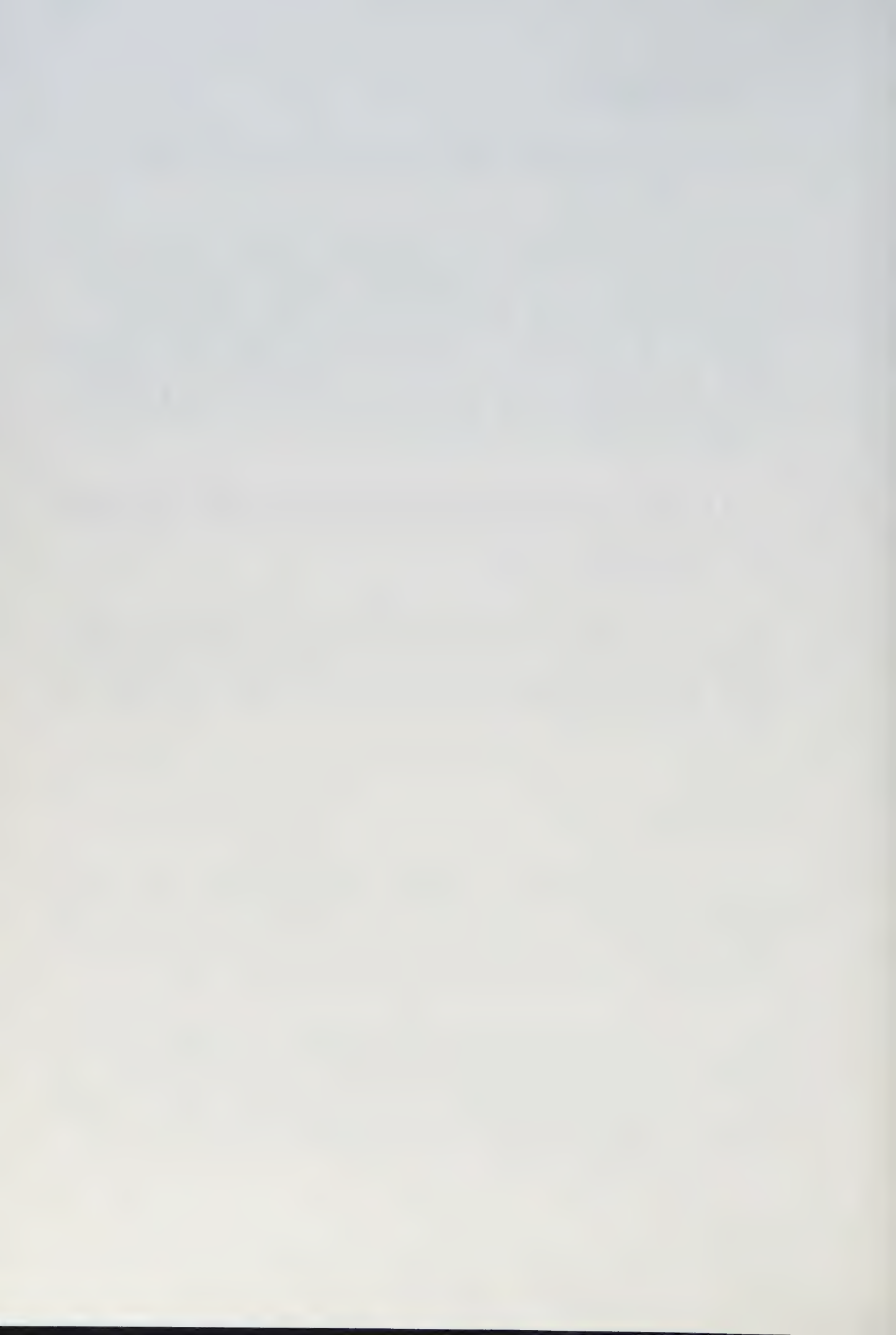
B - Evolution dans les cas d'hémorragie digestive due à une maladie préalablement connue.

L'existence d'antécédents digestifs non hémorragiques identiques à la maladie causale augmente le taux de réussite du traitement médical (tableau 19). Sur les 33 cas recensés, on compte 5 interventions (15%) et 7 décès dont 2 post-opératoires. La mortalité globale et la mortalité à l'issue du traitement médical sont inférieures à celles de l'ensemble de l'échantillon (tableaux 20 et 21).

IV - LE TERRAIN (tableau 31)

La présence d'une ou plusieurs maladies associées fait passer la mortalité de 24 à 32% dans l'ensemble de l'échantillon. C'est la coronarite qui enregistre la mortalité la plus élevée. Viennent ensuite dans l'ordre de gravité insuffisance rénale, décompensation ictéro ascitique, artérite, éthylisme, insuffisance respiratoire et insuffisance cardiaque. L'hypertension artérielle ne paraît pas augmenter la mortalité.

Le tableau 21 permet de préciser ces notions. Même si l'on ne retient que les maladies associées qui jouent un rôle déterminant dans le décès, les cas de coronarite, décompensation ictéro ascitique et artérite sont plus fréquents dans la population décédée que dans l'ensemble de l'échantillon. Les déchéances hépatiques et les maladies vasculaires sont donc dans notre échantillon les maladies associées qui ont le rôle le plus péjoratif quant à leur influence sur la mortalité.



PRESENCE DE MALADIES ASSOCIEES ET MORTALITE

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79 ans	80ans et +	H6	Fe	Total
		H6	Fe	H6	Fe					
Mortalité ensemble échant.		22,50	36,36	20,83	20,00	26,55	20,34	22,10	27,84	24,42
Présence d'une ou plusieurs maladie(s) générale(s) ASSOCIEE(S)	Nb de cas	53	21	15	17	74	32	68	38	106
	Décès	15	10	5	4	25	9	20	14	34
	Mortalité	28,30	47,62	33,33	23,53	33,78	28,13	29,42	36,85	32,08
ETHYLISME	Nb de cas	29	7	1	3	38	4	30	12	42
	Décès	11	4	0	0	15	0	11	4	15
	Mortalité	37,93	44,44	/	/	39,48	/	36,67	33,33	35,71
DECOMPENSATION INTERO-ASCITIQUE	Nb de cas	17	3	0	1	20	1	17	4	21
	Décès	7	3	0	0	10	0	7	3	10
	Mortalité	41,18	100	/	/	50,00	/	41,18	75,00	47,62
INSUFFISANCE CARDIAQUE	Nb de cas	13	2	2	10	15	12	15	12	27
	Décès	4	1	0	2	5	2	4	3	7
	Mortalité	30,77	50,00	/	20,00	33,33	16,67	26,67	25,00	25,93
HYPERTENSION ARTERIELLE	Nb de cas	11	3	3	4	14	7	14	7	21
	Décès	0	1	1	0	1	1	1	1	2
	Mortalité	/	33,33	33,33	/	7,14	14,29	7,14	14,29	9,53
CORONARITE	Nb de cas	7	5	3	3	12	6	10	8	18
	Décès	6	3	1	1	9	2	7	4	11
	Mortalité	85,71	60,00	33,33	33,33	75,00	33,33	70,00	50,00	61,11
ARTERITE	Nb de cas	8	2	2	2	10	4	10	4	14
	Décès	2	2	1	1	4	2	3	3	6
	Mortalité	25,00	100	50,00	50,00	40,00	50,00	30,00	75,00	42,86
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	Nb de cas	7	5	2	0	12	2	9	5	14
	Décès	0	4	0	0	4	0	0	4	4
	Mortalité	/	80,00	/	/	33,33	/	/	80,00	28,57
INSUFFISANCE RENALE	Nb de cas	3	1	1	1	4	2	4	2	6
	Décès	1	1	0	1	2	1	1	2	3
	Mortalité	33,33	100	/	100	50,00	50,00	25,00	100	50,00



LES COMPLICATIONS.

		70 à 79 ans		80 ans et +		70-79	80ans			
		Hô	Fe	Hô	Fe	ans	et +	Hô	Fe	Total
Nombre TOTAL de cas d'HD		80	33	24	35	113	59	104	68	172
TOTAL HEMORRAGIES DIGESTIVES COMPLIQUEES	Nombre	22	13	5	8	35	13	27	21	48
	%/Total HD	27,50	39,39	20,83	22,86	30,97	22,04	25,96	30,89	27,91
	Décès	13	12	4	5	25	9	17	17	34
	Mortalité	59,09	92,31	80,00	62,50	71,43	69,23	62,96	80,95	70,83
COMPLICATIONS CARDIAQUES.	Nombre	11	4	2	3	15	5	13	7	20
	%/Total HD	13,75	12,12	8,33	8,57	13,27	8,47	12,50	10,29	11,63
	Décès	9	2	0	3	11	3	9	5	14
	Mortalité	81,82	50,00	/	100	73,33	60,00	69,23	71,43	70,00
COMPLICATIONS RENALES.	Nombre	2	3	2	2	5	4	4	5	9
	%/Total HD	2,50	9,09	8,33	5,72	4,42	6,78	3,84	7,35	5,23
	Décès	1	3	2	2	4	4	3	5	8
	Mortalité	50,00	100	100	100	80,00	100	75,00	100	88,89
COMPLICATIONS INFECTIEUSES.	Nombre	2	3	2	5	5	7	4	8	12
	%/Total HD	2,50	9,09	8,33	14,29	4,42	11,86	3,84	11,77	6,98
	Décès	2	2	2	5	4	7	4	7	11
	Mortalité	100	66,67	100	100	80,00	100	100	87,50	91,67
C O M A S .	Nombre	10	7	1	4	17	5	11	11	22
	%/Total HD	12,50	21,21	4,16	11,45	15,04	8,47	10,58	16,18	12,79
	Décès	4	7	1	2	11	3	5	9	14
	Mortalité	40,00	100	100	50,00	64,71	60,00	45,45	81,82	63,64
COMPLICATIONS liées au TRAITEMENT	Nb	3	2	0	0	5	0	3	2	5
	%/T	3,75	6,06	/	/	4,42	/	2,88	2,94	2,90
AUTRES COMPLICATIONS.	Nb	1	3	1	3	4	4	2	6	8
	%/T	1,25	9,09	4,16	8,57	3,54	6,78	1,92	8,83	4,65
Parmi ces CPK	Nombre	6	2	1	2	8	3	7	4	11
CPK liées à l'étiologie de l'H.D.	%/Total HD	7,50	6,06	4,16	5,72	7,08	5,18	6,73	5,88	6,39
	%/HD CPKées	27,27	15,38	20,00	25,00	22,86	23,08	25,93	19,05	22,92



V - LES COMPLICATIONS (Tableau 32)

=====

Se différenciant des maladies associées par le fait qu'elles surviennent au cours de l'évolution, les complications dépendent cependant du terrain. 22% d'entre elles sont liées à l'étiologie (coma hépatique sur cirrhose entre autres).

A - Du point de vue de leur fréquence

Les hémorragies compliquées représentent 28% de l'échantillon. Elles sont plus fréquentes chez la femme de 70 à 79 ans.

Les comas, (qui regroupent comas hépatiques et comas par AVC) sont les plus fréquents. Viennent ensuite, dans l'ordre, les complications cardiaques, infectieuses et rénales. Mais cet ordre subit quelques modifications selon l'âge et le sexe : les complications infectieuses, notamment, sont à la première place au-delà de 80 ans.

B - Du point de vue de la mortalité qu'elles entraînent

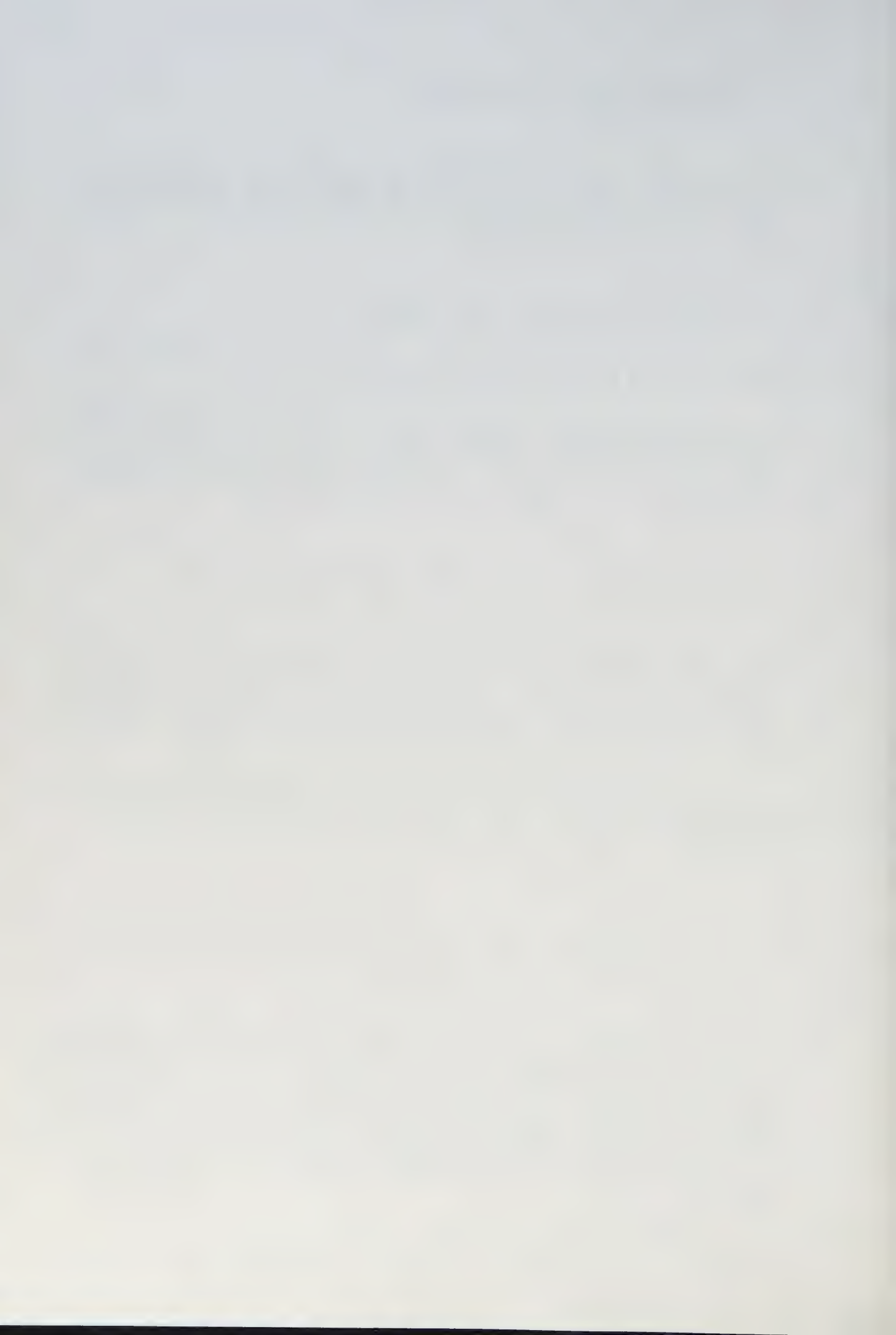
Les hémorragies compliquées enregistrent une mortalité élevée (71%). Bien souvent, la complication évolue pour son propre compte après arrêt de l'hémorragie. Chez les femmes de 70 à 79 ans, la plus grande fréquence des complications s'associe à une mortalité plus élevée de ces hémorragies compliquées pour expliquer la mortalité supérieure enregistrée dans l'ensemble des cas d'hémorragie digestive de ce groupe.

Du point de vue de la mortalité qu'elles entraînent, ce sont les complications infectieuses qui passent au premier plan, suivies des complications rénales et des complications cardiaques. Les comas sont cette fois en dernière position.

C - L'incidence de chaque type de complications dans la mortalité

(donc dans le décès : tableau 21)

Elle procède à la fois de la fréquence de la complication et de la mortalité qu'elle enregistre. De ce fait, les complications cardiaques, au 2ème rang par leur fréquence dans l'ensemble de l'échantillon, sont aussi bien représentées que les comas parmi les cas de décès du fait d'une mortalité supérieure. Néanmoins, malgré les différences de mortalité, la fréquence de chaque complication entraîne la même hiérarchisation : de la plus fréquente à la plus rare, on note les comas et les complications cardiaques, les complications infectieuses et enfin les complications rénales.



Il en est autrement de l'influence de chaque complication dans le décès. En effet si on s'en tient aux complications qui jouent un rôle déterminant dans le décès, on constate que comas et complications infectieuses regressent à la dernière place, étant très souvent associée à une hémorragie grave ou à d'autres complications dont le rôle est décisif. Donc du point de vue de la gravité en soi de la complication, les complications cardiaques passent à la première place, suivies des complications rénales. Complications infectieuses et coma sont en dernière position.

- oOo -



CHAPITRE V

COMPLEMENTS QUANT A LA POPULATION DECEDEE

Nous avons analysé au fil des pages précédentes un certain nombre de cas de décès. Ce chapitre a pour but de compléter la vue générale du tableau 21 par l'étude de quelques caractéristiques présentées par la population décédée (42 cas).

I - LE LIEU DU DECES

=====

19 décès (45%) sont survenus dans le service d'urgence médicale, 13 (31%) dans un service chirurgical d'urgence, 10 (24%) dans un service médical classique.

II - EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE ELLE MEME DANS LES CAS DE DECES

=====

A - Sur les 42 décès recensés, on compte 12 décès post opératoires.

Sauf dans le cas de décès per-opératoire par choc hypovolemique et dans le cas de décès après réintervention pour récidence post opératoire, l'intervention pratiquée avait toujours permis l'hémostase. Le délai entre l'intervention et le décès a été inférieur à 24 heures dans 4 cas. Il a été de 1 jour à 1 semaine dans 5 cas. Dans 2 cas enfin, le décès intervient dans un délai de plus d'une semaine après l'intervention. Ce délai est toujours inférieur à un mois.

B - Les 30 autres décès interviennent à l'issue du traitement médical.

1 - 13 d'entre eux surviennent en dépit de l'arrêt de l'hémorragie. Mais dans 3 cas cette hémostase date de moins de 24 heures au moment du décès. Elle est donc difficile à affirmer de façon certaine. Cependant il s'agit dans les 3 cas d'hémorragies minimales qui ne semblent pas jouer un rôle de premier ordre dans les décès. Dans les 10 cas où l'hémostase



date de plus d'un jour, elle a pu être contrôlée. Ce délai entre l'hémotase et le décès est dans 3 cas de 1 jour à 1 semaine. Dans les 7 autres, il est supérieur à 1 semaine.

2 - Il reste 17 cas dans lesquels le décès intervient malgré le traitement médical, en cours d'hémorragie. Il s'agit de 7 cas de récidi-
ves précoces et 1 secondaire) et de 10 cas de persistance (dans 4 cas, persistance de plus de 72 heures). Mais dans 7 de ces cas, l'hémorragie n'est pas la cause immédiate du décès.

III - LE DELAI ENTRE LE DEBUT DE L'HEMORRAGIE ET LE DECES

=====

Sur les 42 décès recensés, 5 surviennent moins de 24 heures après le début de l'hémorragie, 22 dans un délai de 24 heures à 1 semaine, 15 dans un délai de 1 semaine à 1 mois.

La mortalité immédiate (premières 24 heures) est donc de 3%; la mortalité très précoce (première semaine) est de 15% et la mortalité précoce (1er mois) de 21,5%. C'est ce dernier chiffre que l'on retiendra comme significatif.

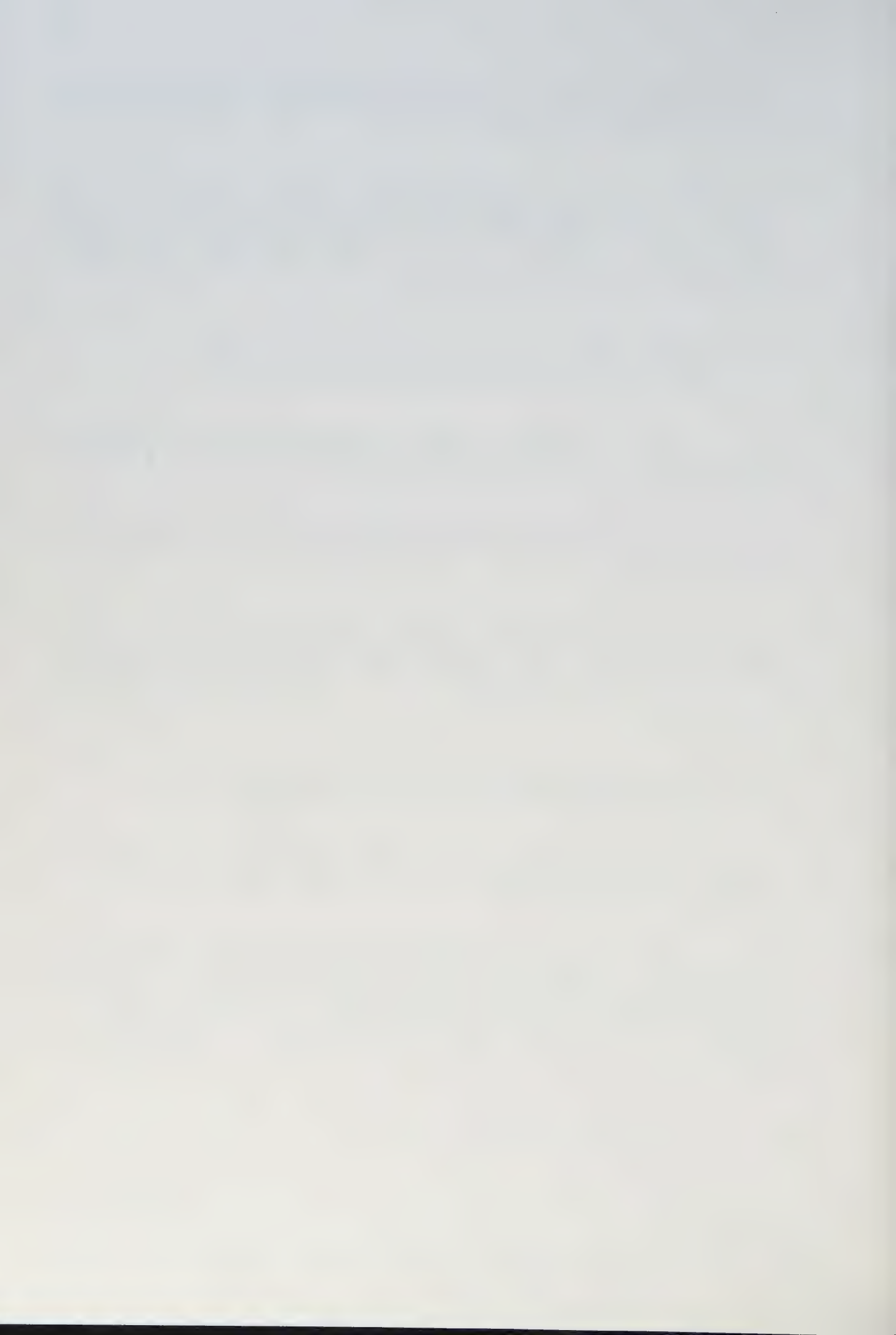
En effet, les 5 décès tardifs (plus d'un mois), dont le nombre est d'ailleurs sous estimé en l'absence d'étude de l'évolution à long terme, surviennent pour des raisons n'ayant qu'un lien très douteux avec l'hémorragie (A.V.C., Septicémies, états de détresse physiologique).

IV - LA GRAVITE DE L'HEMORRAGIE DANS LES CAS DE DECES

=====

On compte parmi les cas de décès 6 hémorragies très graves (14%), 18 hémorragies graves (43%), 13 hémorragies moyennes (31%) et 5 hémorragies minimes (12%).

Si l'on rapporte ces chiffres à ceux obtenus de façon peut-être abusive par extrapolation dans l'ensemble de l'échantillon (voir chapitre V de la première partie), on obtient une mortalité de 50% pour les 12 hémorragies très graves, 40% pour les 45 hémorragies graves, 18% pour les 72 hémorragies moyennes et 20% pour les 42 hémorragies minimes.



V - CAUSES IMMEDIATES DES DECES

=====

A - Responsabilité de l'hémorragie dans les décès

1 - Nous pouvons considérer que l'hémorragie joue un rôle indirect :

- Dans tous les cas où elle persiste jusqu'au décès.
- Dans tous les décès post opératoires, puisqu'ils font suite à une intervention en cours d'hémorragie.
- Dans la plupart des cas où l'hémostase est intervenue avant le décès : en effet, l'hémorragie a aggravé les complications qui finalement ont entraîné le décès. Parmi ces 13 cas, les 5 décès tardifs (plus d'un mois) peuvent seuls être considérés comme non liés, même indirectement, à l'hémorragie.

2 - Pour l'établissement du tableau 33, nous avons retenu comme décès directement liés à l'hémorragie comme cause immédiate :

- 2 des 12 décès chirurgicaux (le décès per opératoire par choc hypovolémique et le décès après réintervention pour récurrence hémorragique).
- 10 décès à l'issue du traitement médical, soit 5 décès par rupture de varices oesophagiennes, 3 décès par hémorragie correspondant à une lésion causale inconnue, 1 décès par cancer oesophagien hémorragique et 1 décès par hémorragie ulcéreuse. Les 7 hémorragies écartées bien que persistant au moment du décès jouaient dans celui-ci un rôle plus secondaire que la ou les complications : OAP, infarctus, et, dans un cas, état de détresse physiologique.

B - Les autres causes immédiates

sont analysées dans le tableau 33. Il arrive fréquemment que plusieurs causes soient associées, sans que l'on puisse déterminer laquelle joue le rôle le plus décisif.

Les 2 décès considérés comme dus à "d'autres causes" font suite à une insuffisance respiratoire aiguë et à une occlusion.

Les 10 décès post-opératoires qui ne sont pas considérés comme directement liés à l'hémorragie sont dus dans un cas à des complications cardiaques, dans 3 cas à des complications rénales, dans 4 cas à des complications infectieuses, dans 1 cas à un accident vasculaire cérébral et dans 1 cas à des complications métaboliques. Dans 3 cas la cause est inconnue.



TABLEAU N° 33

CAUSES IMMEDIATES DES DECES

		70 à 79 ANS		80 ans et +		70-79 ans	80ans et +	Hô	Fe	Total
		Hô	Fe	Hô	Fe					
Nombre TOTAL de décès		18	12	5	7	30	12	23	19	42
DECES par HEMORRAGIE (ou récidive post-op. et réintervention)	Nb	8	3	0	1	11	1	8	4	12
	%	44,44	25,00	/	14,29	36,67	8,33	34,78	21,05	28,57
DETRESSE CARDIAQUE (ins. aigue, OAP, infarctus...)	Nb	6	0	0	2	6	2	6	2	8
	%	33,33	/	/	28,57	20,00	16,67	26,09	10,53	19,05
INSUFFISANCE RENALE AIGUE	Nb	1	1	2	0	2	2	3	1	4
	%	5,56	8,33	40,00	/	6,67	16,67	13,04	5,27	9,52
COMPLICATIONS INFECTIEUSES	Nb	0	2	2	1	2	3	2	3	5
	%	/	16,67	40,00	14,29	6,67	25,00	8,70	15,79	11,91
ACCIDENT VASCUCLAIRE CEREBRAL	Nb	2	0	0	0	2	0	2	0	2
	%	11,11	/	/	/	6,67	/	8,70	/	4,76
OCMA HEPATIQUE	Nb	2	1	0	0	3	0	2	1	3
	%	11,11	8,33	/	/	10,00	/	8,70	5,27	7,14
COMPLICATIONS METABOLIQUES	Nb	0	1	0	2	1	2	0	3	3
	%	/	8,33	/	28,57	3,33	16,67	/	15,79	7,14
DETRESSE PHYSIOLOGIQUE	Nb	1	2	0	2	3	2	1	4	5
	%	5,56	16,67	/	28,57	10,00	16,67	4,35	21,05	11,91
AUTRES CAUSES	Nb	0	2	0	0	2	0	0	2	2
CAUSE INCONNUE	Nb	2	1	2	1	3	3	4	2	6
	%	11,11	8,33	40,00	14,29	10,00	25,00	17,39	10,53	14,29
DONT DECES PER ET POST OPERATOIRES	Nb	4	4	2	2	6	4	6	6	12
	%	22,22	33,33	40,00	28,57	26,67	33,33	26,09	31,58	28,57



C O N C L U S I O N S

A L A D E U X I E M E P A R T I E

1 - Le traitement médical enregistre dans notre échantillon un taux de réussite de 77% sur l'hémorragie elle-même. La mortalité globale est de 24%, la mortalité à un mois de 21%. La chirurgie, qui intéresse 17% des malades accuse une mortalité post-opératoire élevée (41%), surtout quand elle est pratiquée en urgence (50%). L'emploi de perfusion intra-veineuse de post hypophyse dans les hémorragies ulcéreuses, et le recours au mélange de Lévy ont dans tous les cas permis l'hémostase.

2 - La persistance de l'hémorragie au-delà de 72 heures implique une mortalité très élevée (61%); en ce qui concerne les hémorragies ulcéreuses notamment, la mortalité post-opératoire en urgence est très augmentée dans ce cas (71%).

3 - Les récidives hémorragiques accusent également une mortalité élevée (50%). Mais ce n'est pas vrai pour les récidives d'hémorragies ulcéreuses, quand elles sont opérées rapidement. Les décès à l'issue du traitement médical ne sont directement liés à la récurrence que dans les cas de ruptures de varices oesophagiennes.

4 - Les hémorragies hautes, dans notre échantillon, enregistrent une mortalité globale et post opératoire inférieure à celles des hémorragies de toutes localisations (23 et 40%), malgré une plus grande résistance au traitement médical.

a) Les hémorragies ulcéreuses nécessitent le recours à la chirurgie dans 38% des cas. La mortalité post-opératoire est très élevée (37,5%), surtout après intervention en urgence (45%). L'importance de ces chiffres prêche en faveur d'une attitude non-interventionniste; en effet, si une attitude d'intervention en urgence systématique avait entraîné la même mortalité post-opératoire d'une part, si tous les malades opérés dans notre échantillon étaient morts en cas d'abstention opératoire systématique d'autre part, la mortalité globale serait moindre dans le deuxième cas que dans le premier.



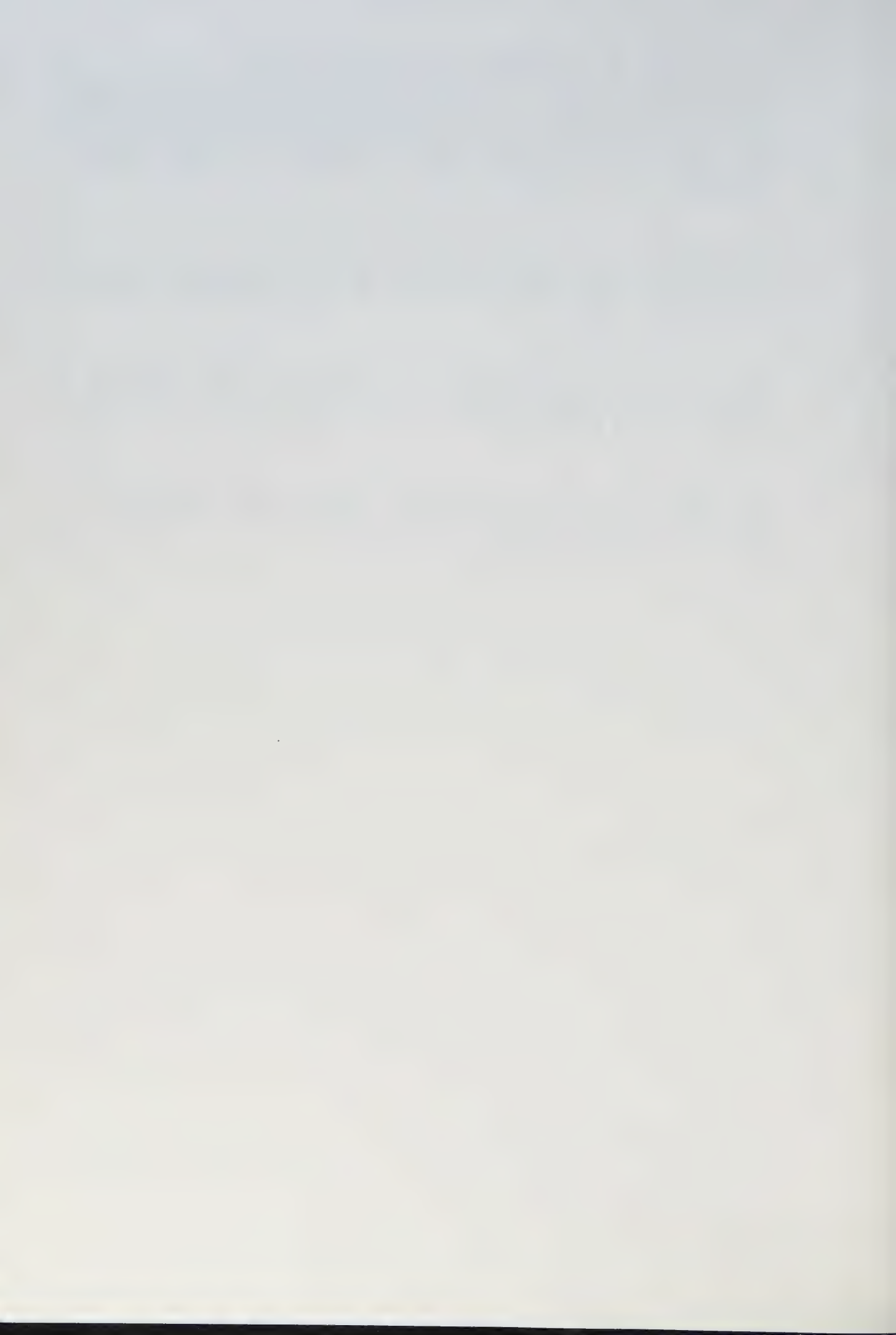
8 - La gravité de l'hémorragie est évidemment dans tous les cas, un élément péjoratif du pronostic. L'absorption de médicaments anti-inflammatoires avant l'hémorragie n'aggrave pas l'évolution dans notre échantillon. La mortalité est augmentée en cas d'antécédents digestifs hémorragiques; par contre, le pronostic semble meilleur quand la découverte de la maladie causale est facilitée par l'existence d'antécédents non-hémorragiques identiques.

9 - La présence d'une maladie associée aggrave le pronostic surtout en ce qui concerne la coronarite, l'artérite, et la décompensation ictéro-ascitique d'une cirrhose.

10 - Le coma est la complication la plus fréquemment rencontrée, mais ce sont les complications cardiaques et rénales qui jouent le rôle le plus déterminant dans la mortalité.

11 - L'hémorragie joue un rôle indirect dans la grande majorité des décès : ce rôle n'est douteux que dans 5 décès tardifs. Elle est la cause immédiate de 12 décès sur 42.

- oOo -



C O N C L U S I O N S

1 - L'hémorragie digestive du malade de plus de 70 ans, a été étudiée à partir de 172 observations, représentant 30% des 584 malades hospitalisés en 1976-1977, au service d'urgence médicale de l'Hôpital Edouard Herriot, pour hémorragie digestive.

2 - 154 hémorragies étaient d'origine présumée haute, 18 d'origine présumée basse. Les diagnostics qui ont pu être portés dans 139 cas (81% des cas) sont : 61 ulcères gastro-duodénaux (35,5), 26 varices oesophagiennes (15,1), 18 hernies hiatales (10,5), les autres causes étant moins fréquentes : gastro-duodénites, cancers, syndromes de Mallory-Weiss. Ces diagnostics ont pu être apportés principalement par la pratique de l'oeso-gastro-duodéno-scopie de première intention; celle-ci a été pratiquée dans 128 cas sur 154 hémorragies présumées hautes, l'abstention étant liée généralement au mauvais état cardio-vasculaire du malade. Cette endoscopie a apporté un diagnostic suffisant dans 109 cas.

Les endoscopies basses ont été rarement pratiquées (5 cas sur 18 hémorragies basses présumées avec 4 diagnostics positifs). L'artériographie a été réalisée seulement dans 4 cas, lors d'hémorragies dont la preuve endoscopique n'avait pas été faite avec un cas de diagnostic positif (diverticule colique).

3 - Les hémorragies recensées ont pu être qualifiées : importantes, 74% des cas, et minimales, 26% des cas; ces dernières étant généralement non inventoriées en urgence, et représentent une partie importante des diagnostics non faits.

4 - Du point de vue thérapeutique, le traitement médical obtient l'hémostase dans 133 cas (77%). La chirurgie, nécessaire dans 29 cas (17%) a une mortalité post-opératoire de 41%.

La mortalité globale de la série est de 21% à un mois.

Les hémorragies ulcéreuses ont nécessité le recours chirurgical dans 38% des cas avec une mortalité post-opératoire de 37,5 mortalité qui augmente lorsque l'indication est posée tardivement (au-delà de 72 heures ou plus de 8 unités de sang transfusé).

Les hémorragies par varices oesophagiennes ont une mortalité de 38%, et les hémorragies d'origine basse une mortalité de 18,2%. Les hémorragies digestives du sujet de plus de 70 ans, semblent caractérisées par une incertitude diagnostique plus importante (investigations non réalisées), une mortalité plus forte, dans laquelle interviennent les tares viscérales du sujet âgé.

Le Président de la Thèse

Professeur L. ROCHE

Vu : le Doyen de la
Faculté de Médecine
Alexis Carrel

Professeur R.MORNEX

Vu et Permis d'imprimer
LYON, le 24 Avril 1979

Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

D. GERMAIN



B I B L I O G R A P H I E

- 1 - BROOKS J.R., ERAKLIS A.J.

Factors affecting the mortality from peptic ulcer
(New Eng J. Med. 271 pp 803-823) (1964).

- 2 - COMBE J., DREYFUS A., MILLERET P.

Les hémorragies digestives hautes massives chez les vieillards;
à propos de 33 observations.
(Lyon-Chir. Tome 74 N° 6 pp 437-439) (1978).

- 3 - DOFFOEL M., COUMAROS D., GIRARD M., KUNTZMANN F., BOCKEL R.

Les hémorragies digestives hautes après traitement anti-inflam-
matoires. Incidence de l'âge.
(Rev.geriatrie 1977 - 2 - 6 pp 383-386).

- 4 - I.N.S.E.E.

Annuaire Statistique de la France (1976).

- 5 - KAPLAN M., LIST J., STEMMER E., CONNOLLY J.

Surgical management of upper gastro-intestinal bleeding
in the aged patient
(American Journal of gastro Enterology Vol. 58 - 2 - pp 109-123
(1972).

- 6 - LAMY, CHOMETOWSKI, FIASTREY, M'GUYEN-CAT, BOURDET, ASSADOURIAN

L'hémorragie digestive haute chez le vieillard.
(Chirurgie 101, pp 756-761) (1975).

- 7 - MERCIER J.F., CAYOT M., FAVRE J.P., VIARD H.

Traitement chirurgical de l'hypertension portale.
A propos d'une série de 115 opérés.
(Lyon chir. 74-6 pp. 420-425) (1978).



- 8 - MEYER K.A., KOZOLL D.D.

Emergency treatment in massively bleeding geriatric ulcer patients.

(Geriatrics 19, 812-823) (1964).

- 9 - MOYSON, VAN-DER-BROUKE, VAN DER KERCHOVEN

Les hémorragies digestives.

In traité pratique de pathologie digestive (J. GODARD)

Tome 3 pp 419-437 (1963).

- 10 - NASH E.

Upper gastro-intestinal hemorrhage in the aged

Geriatrics Août 1969 pp 104-111.

- 11 - NOEL D., DELAGE Y., LIGUORY C., COFFIN J.C., BODIN F.

Hémorragies digestives d'origine haute chez les sujets de plus de 65 ans. Apports de l'endoscopie.

Nouv. Presse Méd. 8 - pp 589-591 (1979).

- 12 - VIALLE F., WILB J.C.

A propos de 781 cas d'hémorragies digestives.

Thèse Lyon 1976.



